# THESE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

136

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° —

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 31 janvier 1907, à 1 heure*

Par **E. HAMOU**

## RECHERCHES CLINIQUES

SUR LES

# ENDOMÉTRITES PUERPÉRALES

## CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES

*Président :* M. BUDIN, *professeur.*

*Juges :* MM. THOINOT, *professeur.*
JEANSELME et DEMELIN, *agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTES
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. DEBOVE. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | P. POIRIER |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et chimie minérale | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale | HUTINEL. BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | Mathias DUVAL |
| Opérations et appareils | SEGOND |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | GILBERT |
| Hygiène | CHANTEMESSE. |
| Médecine légale | THOINOT. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | DEJERINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER. |
| Clinique médicale | HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY. |
| Maladies des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND. |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS. |
| Clinique opthalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN. |
| Clinique d'accouchements | BUDIN. PINARD. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN. |

## Agrégés en exercice.

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | DUPRE | LEGUEU | RICHAUD |
| BALTHAZARD | DUVAL | LEPAGE | RIEFFEL (chef des trav. anat.) |
| BRANCA | FAURE | MACAIGNE | TEISSIER |
| BEZANÇON | GOSSET | MAILLARD | THIROLOIX |
| BRINDEAU | GOUGET | MARION | VAQUEZ |
| BROCA (André) | GUIART | MAUCLAIRE | WALLICH |
| CARNOT | JEANSELME | MERY | |
| CLAUDE | LABBE | MORESTIN | |
| CUNEO | LANGLOIS | POTOCKI | |
| DEMELIN | LAUNOIS | PROUST | |
| DESGREZ | LEGRY | RENON | |

*Le Secrétaire de la Faculté* : M. DESTOUCHES.

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

MEIS ET AMICIS

A M. le Professeur ROUVIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE
DE MÉDECINE D'ALGER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui inspira le sujet de cette thèse et qui nous aida de ses conseils précieux, de son érudition profonde, de sa longue expérience clinique.*

A M. le Professeur MOREAU

PROFESSEUR D'HYGIÈNE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER
MÉDECIN DES HOPITAUX

*Dont nous fûmes le préparateur à l'École et qui nous honora de sa sollicitude et de son amitié.*

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL DE MUSTAPHA

*Qui contribuèrent à notre éducation clinique et dont nous sommes fier dêtre l'élève.*

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

*Dont les bonnes et savantes leçons furent la base de notre instruction médicale.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Respectueux hommage.*

# INTRODUCTION

## DE LA FRÉQUENCE ET DE L'IMPORTANCE DE L'ENDOMÉTRITE PUERPÉRALE EN CLINIQUE

Nous avons eu l'occasion de soigner un grand nombre de femmes atteintes d' « infection puerpérale », au Pavillon d'isolement de la Maternité d'Alger. Ces femmes, venues généralement de la ville, avaient présenté des signes d'infection soit au cours du post-partum, soit au cours du post abortum. En les examinant de près, nous constations dans la plupart des cas l'existence d'une *endométrite puerpérale*. Qu'est-ce à dire ? L'endométrite puerpérale est, par définition, une inflammation de la muqueuse utérine survenant dans les suites de couches, inflammation de nature infectieuse, d'origine microbienne. Elle se traduit cliniquement par des signes pathognomoniques. Et ce sont ces signes que nous trouvions tantôt seuls, tantôt accompagnés du cortège symptomatique des infections généralisées.

La fréquence de cette endométrite nous frappa. Sans doute, nous rencontrions rarement ces infections puerpérales graves, ces septicémies meurtrières d'autrefois : l'Asepsie et l'Antisepsie avaient enrayé rapidement le fléau. Mais les infections localisées, bénignes, se rencontraient encore. C'est qu'en effet le génie épidémique avait été surtout modifié. Si l'infection n'existait pour ainsi dire jamais dans les Maternités modernes, si les médecins faisaient en ville des accouchements absolument aseptiques, la pratique de l'antisepsie n'était pas toujours très rigoureuse dans les milieux où la femme refusait d'entrer à l'hôpital et ne trouvait pas chez elle tous les soins nécessaires. Aussi les accouchées payaient-elles leur tribut à l'infection en présentant des formes cliniques atténuées. Mais les bienfaits de l'antisepsie, les progrès de l'hygiène publique et privée, étaient surtout annihilés par la pratique envahissante des avortements criminels dans les grandes villes. Ce sont ces avortements qui apportaient à l'infection un contingent chaque jour plus grand. Ce sont eux qui constituaient peut-être la source la plus fréquente des inflammations septiques nées à l'occasion du puerperium.

Or nous n'observions au Pavillon d'isolement que les femmes présentant des accidents immédiats et bruyants d'endométrite. Mais nous avions souvent vu, dans les autres services hospitaliers, des malades atteintes d'affections gynécologiques ; et ces malades n'avaient d'autre antécédent pathologique qu'un accouchement

ou un avortement dont les suites n'avaient pas été tout à fait normales. Ces « réchappées de la fièvre puerpérale » (1) avaient eu des symptômes d'*endométrite subaiguë* et présentaient, au moment où nous les examinions, des accidents infectieux : endométrite chronique, métrite hémorragique, salpingite, paramétrite, pelvipéritonite. Elles présentaient même des accidents non infectieux tels qu'un prolapsus ou une déviation de l'utérus.

Enfin Maymou (2) attirait récemment l'attention des praticiens sur des troubles variés d'ordre médical, (accidents du côté de l'appareil digestif, du côté du système nerveux, du côté de l'appareil pulmonaire, etc.), troubles qui résultaient de la présence d'une *infection légère, insidieuse et latente de la muqueuse utérine.*

Aussi bien le champ de l'endométrite puerpérale nous apparut infiniment vaste, d'autant plus vaste que nous n'observions à l'hôpital qu'une partie de la réalité. Dans la clientèle civile, en effet, plus encore que dans la clientèle hospitalière, évoluent ces formes subaiguës, atténuées, latentes, qui sont consécutives à l'absence de soins antiseptiques dans les suites de couches, au lever précoce avant le huitième ou le dixième jour. Dans la clientèle civile plus encore que dans la

1. Doléris.

2. Maymou. Cas insidieux d'infection d'origine utérine. *Th. Paris*, 1906.

clientèle hospitalière se voient ces infections légères qui sont consécutives à un avortement criminel et qui passent inaperçues. Qu'il s'agisse du post partum ou du post abortum, les symptômes éprouvés par la femme lui paraissent sans importance et ne la retiennent pas au lit. C'est à peine si elle se rappelle quelques vagues malaises, un peu de fétidité lochiale, des pertes sanguinolentes prolongées. Mais voici que surviennent des avortements successifs dont on ne s'explique pas la cause, voici qu'évolue une affection gynécologique qui compromet l'avenir génital de la femme, voici qu'apparaît une affection médicale dont on ne trouve pas l'origine. L'endométrite insidieuse qui avait marqué les suites de couches a fait sournoisement son œuvre.

*De ces investigations dans la clientèle hospitalière et dans la clientèle civile, il résultait donc : que le degré de fréquence réel de l'endométrite puerpérale en clinique était bien plus élevé que le degré de fréquence apparent. Souvent latente en effet, l'infection de la muqueuse passait inaperçue.*

Mais dans tous ces accidents infectieux, immédiats ou éloignés, dont la fréquence nous frappait, la lésion primordiale et causale était-elle incontestablement l'inflammation de la muqueuse utérine au cours du post partum ou du post abortum ?

Dans les infections puerpérales voici quelle est la pathogénie : Devant l'attaque microbienne, la muqueuse utérine normalement aseptique réagit tout d'abord. La défense leucocytaire s'organise rapidement, et si les

microbes ne franchissent pas la barrière muqueuse, l'infection reste au stade endométrite. Si les microbes augmentent leur virulence et rompent la digue épithéliale, l'infection se généralise et les toxines empoisonnent l'organisme. La paroi utérine est traversée, les organes voisins envahis ; et cette diffusion de l'agent pathogène se fait par trois grandes voies : la voie muqueuse, la voie lymphatique et la voie veineuse. Par la première, le microbe enflamme la muqueuse tubaire, les trompes et le péritoine ; par la seconde, plus fréquemment suivie, il provoque les phlegmons du ligament large, les pelvipéritonites, les pénitonites généralisées ; par la troisième il entraîne les septicémies et les pyohémies. Dans ces phases différentes du processus infectieux, les étapes intermédiaires peuvent être extrêmement courtes mais ne sauraient passer inaperçues. Et c'est l'étape de réaction de la muqueuse utérine, c'est l'endométrite, qui constitue la lésion capitale et primordiale. C'est ce qu'ont démontré les pièces anatomo-pathologiques, c'est ce qu'ont prouvé les recherches microscopiques de Widal et de Bûmm. Sans doute, il est des cas de septicémie suraiguë où l'étape endométritique semble avoir été brûlée et où l'étape veineuse semble prédominante ; mais ces cas sont très rares. Et l'on peut dire que, dans la grande majorité des cas, l'infection préalable de la muqueuse utérine est la condition de toute infection puerpérale grave et généralisée.

La pathogénie est à peu près la même pour les affections gynécologiques. Il y a d'abord endométrite évo-

luant plus ou moins insidieusement, soit après un accouchement, soit après un avortement : la muqueuse est alors infiltrée d'éléments pathogènes dans toutes ses parties constituantes. Puis, lentement, le processus infectieux va se propager par voie de contiguité, par voie de continuité, par voie lymphatique. Le tissu musculaire sous-jacent va être atteint et c'est une métrite chronique qui va évoluer. La muqueuse tubaire va lentement s'enflammer de proche en proche et c'est une salpingite qui va évoluer. Les lymphatiques vont être envahis et vont amorcer toutes les paramétrites, les périmétrites, les pelvipéritonites et autres inflammations de voisinage. Or Doléris a prouvé, par ses recherches anatomo-pathologiques et microbiologiques que l'endométrite est bien « la lésion obligatoire de toute métrite, de toute inflammation parenchymateuse de l'utérus et de toute phlegmasie péri-utérine occupant les annexes, les vaisseaux lymphatiques, le tissu cellulaire, le péritoine. (1) » A côté de ces lésions infectieuses, liées à l'endométrite puerpérale, il en est d'autres, non moins intéressantes et non moins fréquentes, qu'on pourrait appeler para infectieuses. Nous voulons parler du prolapsus et des déviations de l'utérus qui reconnaissent souvent à leur origine une endométrite puerpérale. L'endométrite, en effet, même dans ses formes bénignes, s'accompagne toujours de subinvolution : celle-ci se traduit par l'augmentation permanente de poids et de volume de l'utérus. L'accouchée vient-elle à se lever, l'action de la pesanteur se fait sen-

1. Doléris. Métrites et causes métrites.

tir ; et comme les ligaments encore relâchés ne peuvent s'opposer à la chute de l'organe, le prolapsus se réalise avec son cortège de cystocèle et de rectocèle. Les déviations totales (antéversion, rétroversion, latéroversion) reconnaissent souvent un mécanisme analogue. Quant aux déviations partielles (antéflexion, rétroflexion) elles sont généralement en rapport avec une endométrite limitée : pendant l'involution, la zone saine se rétracte tandis que la zone, enflammée et paralysée, se coude passivement pour la suivre. Comme on le voit, le prolapsus et les déviations ne sont pas provoqués par une propagation du processus infectieux, mais par les conséquences de l'inflammation de l'endomètre : ce sont des accidents para-infectieux d'une lésion primordiale et causale, l'endométrite puerpérale.

Enfin il existe des relations évidentes entre certaines affections médicales et l'inflammation de la muqueuse utérine. Les troubles les plus variés et les plus bizarres : diarrhée persistante, congestions pulmonaires, névrites, arthrites, dermatoses, peuvent dépendre de la présence d'un foyer infectieux dans l'utérus. Et ce qui prouve que la lésion muqueuse est bien la lésion primordiale et causale de ces accidents, c'est que l'intervention intra-utérine (curettage, injection intra-utérine) les a fait disparaître définitivement dans des observations relatées par Maymou (1).

*L'importance de l'endométrite puerpérale est donc considérable non seulement en clinique obstétricale mais*

1. *Loc. cit.*

*encore en clinique gynécologique et même en clinique médicale : la lésion de l'endomètre est bien la condition pathogénique de tous les accidents, immédiats ou éloignés, infectieux on para-infectieux que nous avons signalés.*

Si l'endométrite puerpérale joue en clinique le rôle prépondérant que nous venons d'esquisser, elle n'est cependant pas très bien connue.

Elle a été étudiée par les accoucheurs : mais ceux-ci ont insisté surtout sur les formes franches, aiguës, qui constituent aujourd'hui les formes classiques de l'infection puerpérale ; et ils ont un peu négligé les formes atténuées, les formes de début. Or si l'endométrite puerpérale est souvent méconnue, c'est que : 1° patente, elle est déjà masquée par les autres signes d'une infection généralisée — le stade endométrite pouvant être rapidement franchi et les voies lymphatique et veineuse pouvant être envahies ; 2° atténuée, elle affecte des allures bénignes sans grande réaction locale, sans grande réaction générale, — les microbes gagnant lentement le parenchyme utérin et les organes voisins ; 3° latente, elle semble ne se manifester par aucun phénomène apparent, — les accidents n'apparaissant qu'à une époque éloignée.

L'endométrite puerpérale a été étudiée par les gynécologues mais à une période où l'on se trouve déjà en présence de lésions anciennes, justiciables d'une thérapeutique opératoire difficile et délicate, à une période où les accidents consécutifs à l'inflammation de la

muqueuse évoluent déjà pour leur propre compte.

Aussi bien il nous a semblé que c'était dans les suites de couches que l'endométrite puerpérale devait être étudiée : c'est à ce moment, et d'une façon précoce qu'elle doit être dépistée, diagnostiquée et traitée, — avant qu'elle ne devienne la lésion aiguë susceptible de se généraliser, avant qu'elle ne devienne la lésion subaiguë et chronique susceptible de se propager lentement aux organes voisins. Agir ainsi, c'est instituer la prophylaxie des infections puerpérales graves, des suppurations à distance et des septicémies généralisées ; c'est instituer la prophylaxie de la grande majorité des affections gynécologiques ; c'est instituer enfin la prophylaxie des troubles les plus variés d'ordre médical.

Encouragé par M. le professeur Rouvier nous avons voulu préciser les signes cliniques du diagnostic précoce de l'endométrite puerpérale. Ces signes, que nous verrons évoluer avec la marche de l'affection, nous permettront de distinguer l'infection utérine des autres accidents extra-utérins qui guettent l'accouchée et qui peuvent induire en erreur. Après avoir esquissé rapidement les lésions anatomo-pathologiques et histologiques de l'endométrite, nous verrons sur quels éléments doit se baser le pronostic. Enfin de ces recherches cliniques sur des endométrites puerpérales découlera une thérapeutique, connue dans ses grandes lignes, mais dont nous préciserons quelques points, — thérapeutique à la fois curatrice et prophylactique.

## CHAPITRE I

### Signes cliniques de l'endométrite puerpérale

Voici une femme qui a accouché ou qui a avorté. Vous l'avez examinée matin et soir, et les suites de couches ont d'abord été normales. Mais vers le quatrième ou le cinquième jour, quelquefois plus tard, vous constatez : à l'inspection, une altération du facies ; à la palpation de l'abdomen, une sensibilité anormale de l'utérus, une consistance molle et pâteuse de l'organe, un retard très net dans l'involution. Méfiez-vous, l'endomètre est probablement infecté. Poursuivez votre examen. Voyez cette femme au spéculum : les lochies prises au niveau du col ont de l'odeur; le tampon de ouate pénètre facilement à travers l'orifice interne, lequel est béant. Il n'y a pas de doute, l'endométrite puerpérale est installée. A ce moment la température peut être normale ou peu élevée, oscillant entre 37°4 à 37°9, le pouls peut ne pas être fréquent. Mais dans quelques heures, demain peut-

être, la fièvre va s'allumer, le pouls va devenir rapide, les lochies vont être nettement fétides, l'état général va être compromis. C'est le tableau de l'infection puerpérale grave, de la septicémie qui va se réaliser.

Voici une autre femme dont les suites de couches ont paru normales et ont été apyrétiques. Mais dix jours se sont écoulés, et la parturiente n'éprouve pas ce bien-être qui accompagne un puerpérium aseptique. Elle se plaint d'une douleur vague dans le bas-ventre, de ténesme rectal, de pollakiurie. La palpation de l'abdomen permet de constater que l'utérus est gros, mou, en état de subinvolution, les lochies n'ont pas été fétides, mais il y a toujours de petits écoulements noirâtres. Au toucher, vous trouvez un col béant, un orifice interne qui laisse facilement passer deux doigts ; et ces doigts retirés dégagent une odeur putride. Il n'y a pas de doute : cette femme, dont le délivre avait été complet, a eu, cette femme a de l'endométrite puerpérale. L'infection a été atténuée, subaiguë ; son évolution a été insidieuse ; ses microbes pathogènes n'ont pas encore franchi la barrière muqueuse. Mais dans quelques mois, peut-être avant, cette femme non traitée revient vous voir : elle a une métrite parenchymateuse, une salpingite, un prolapsus ou une déviation utérine.

Mais vous avez agi, vous êtes intervenu. Avant que l'élévation de température et la fréquence du pouls aient traduit, dans le premier cas, la pénétration des toxines au niveau de l'utérus, vous avez fait le diagnostic d'infection de l'endomètre, d'endométrite puerpérale. Avant que des douleurs ou des pertes aient prouvé, dans le

second cas, l'existence d'une localisation péri-utérine consécutive à une infection insidieuse de la muqueuse utérine, — vous avez fait le diagnostic d'endométrite puerpérale. Ayant fait le diagnostic précoce, vous avez prévenu et vous avez guéri. Et sur quels signes avez-vous étayé ce diagnostic ? C'est avant tout sur les signes fournis par le palper, par l'examen au spéculum, par le toucher. Est-ce à dire qu'il faille négliger l'étude de la température et du pouls, l'étude des phénomènes généraux dans le post partum ou le post abortum ? Telle n'est pas notre pensée, l'élévation de la température, la fréquence du pouls sont des signes précieux, mais qui peuvent manquer ou du moins n'apparaître qu'un peu plus tard. Ce ne sont souvent pas des signes de début; et ce que nous voulons surtout, c'est faire un diagnostic, avant l'apparition des complications immédiates ou éloignées. Aussi bien nous allons étudier, un à un, les signes cliniques qui permettent dans tous les cas de poser le diagnostic d'endométrite : nous verrons ainsi quelle est leur valeur respective.

### Signes tirés du palper : sensibilité anormale, défaut de consistance, retard d'involution.

Si l'on palpe matin et soir l'abdomen d'une accouchée dont les suites de couches sont aseptiques, on constate que l'utérus est indolore, ferme et résistant, de volume progressivement décroissant. Si l'endomètre est infecté :

1° *L'utérus présente une sensibilité anormale, il est*

*douloureux à la pression.* Cette douleur peut être spontanée, mais cela est plus rare : il s'agit alors de douleurs continues siégeant à la partie inférieure de l'abdomen et aux aines, plus prononcées quand la femme se déplace ; affectant l'allure de vagues tranchées, de malaise local, de pesanteur ; simulant parfois les sensations de plénitude et de tension qu'on éprouve dans les rétentions urinaires. Cette douleur est le plus souvent provoquée : elle est alors localisée ou généralisée. Localisée — et c'est le cas le plus fréquent — elle demande à être cherchée ; elle n'est, en effet, jamais très intense, mais plutôt sourde, subaiguë, augmentée par la pression profonde. Il faut faire des investigations minutieuses pour la reconnaître, la zone sensible pouvant siéger soit sur les bords latéraux, soit au niveau des cornes, plus rarement sur la partie antéro-inférieure de l'organe, Généralisée, elle est alors plus tardive et s'étend non seulement à la région utérine, mais encore à la région, juxta-utérine, simulant un léger début d'infection péritonéale. Ce signe : douleur localisée à la pression, beaucoup plus rarement douleur étendue à tout l'organe, est un des phénomènes les plus précoces par lesquels se manifeste l'endométrite puerpérale. Mais il peut ne pas exister et exige dans tous les cas une exploration délicate.

2° *L'utérus présente un défaut de consistance : il est mou, pâteux* au lieu d'être en état de contraction relative ; *il a des contours qu'on délimite mal* et ne présente pas cette forme globuleuse de l'utérus sain. Ce défaut de consistance est un signe important et pres-

que pathognomonique de l'endométrite puerpérale : il traduit, en effet, la paralysie du muscle utérin. Et cette paralysie n'est qu'une application de cette loi de pathologie générale formulée par Stokes : tout muscle sous-jacent à une muqueuse ou à une séreuse enflammée se paralyse. Ce signe : défaut de consistance est, peut-être, avec la douleur localisée, le phénomène le plus précoce. Il ne manque pour ainsi dire jamais ; et c'est lui qui, le plus souvent, nous a mis sur la voie d'une endométrite au début, tant est grande la différence entre cette masse molle, empâtée, de l'utérus septique et le globe de sûreté de l'utérus aseptique. Parfois on observe une contracture anormale de l'utérus, mais cette contracture est très rare, souvent passagère ; elle traduit d'ailleurs, elle aussi, une réaction de défense contre l'inflammation envahissante.

3° *L'utérus présente un retard d'involution : il est volumineux et ses dimensions ne correspondent pas au temps qui s'est écoulé depuis l'accouchement.* C'est ainsi qu'au dixième jour des couches, au lieu d'être rentré dans l'excavation, il débordera encore la symphyse pubienne de quatre ou cinq travers de doigts. C'est ainsi qu'au cinquième jour, après avoir régressé régulièrement, il présentera une involution stationnaire et cessera de diminuer progressivement de volume. Ce défaut de régression, ce retard dans l'involution est un signe de haute valeur. Mais la condition *sine qua non* de la subinvolution d'origine endométritique est d'être accompagnée du défaut de consistance de l'utérus. Nous avons vu, en effet, des pseudo-subinvolutions dues à des

rétentions vésicales, mais qui s'accompagnaient d'une résistance et d'une fermeté nettement appréciables de l'utérus. M. le professeur Rouvier a vu, à la Maternité de Beyrouth, des pseudo-subinvolutions dues à l'existence de tumeurs fibreuses interstitielles multiples, mais qui s'accompagnaient d'une résistance et d'une fermeté nettement exagérées de l'utérus.

Comme on le voit, *la triade de signes fournie par le palper : douleur localisée, défaut de consistance, retard d'involution, est d'une importance capitale dans le diagnostic précoce d'endométrite puerpérale.* Quand ces trois signes existent simultanément, quand deux de ces signes existent déjà, ils permettent de considérer l'infection de l'endomètre comme très probablement installée.

### Signes tirés de l'examen du spéculum : lochies fétides béance du col.

L'examen au spéculum va alors nous permettre de contrôler ce diagnostic et d'en vérifier l'exactitude. Mais cet examen ne doit être pratiqué que dans les cas où l'on soupçonne un débat d'infection, soit que le palper vous ait mis sur la voie, soit qu'il y ait déjà des lochies fétides. Il serait, en effet, imprudent et dangereux d'employer le spéculum dans les suites de couches, sans que de sérieuses raisons puissent justifier cette intervention. C'est prudemment, à bon escient, qu'il s'y faut décider.

Les lochies, qui imprègnent le coton placé devant la vulve, peuvent être fétides ; et c'est cette fétidité qui, le

plus souvent, attire l'attention de l'entourage et celle du médecin. C'est, en effet, une pratique courante et nécessaire que celle qui consiste à examiner matin et soir les lochies de l'accouchée. Les modifications de couleur, d'odeur, de quantité, des lochies recueillies sur la bande vulvaire peuvent, en effet, traduire l'infection de l'endomètre avant l'installation de la fièvre et des phénomènes généraux. Mais souvent aussi fétidité des lochies n'est nullement synonyme d'infection puerpérale. Les plaies vulvo-vaginales, les fausses membranes vaginales, l'état des culs-de-sacs, la présence des poches copulatrices, d'autres causes encore pathologiques et même normales peuvent modifier la nature des lochies. Aussi bien *ce n'est pas sur la garniture placée au niveau des organes génitaux qu'il faut apprécier la qualité de ces lochies, mais bien au niveau du col, au niveau de l'orifice interne.* C'est pourquoi nous complétons l'examen des lochies, si important chez l'accouchée, par l'examen des lochies recueillies directement, au moyen d'un spéculum, au niveau de l'orifice interne. — La femme étant placée au bord du lit nous faisons un lavage des organes génitaux externes. Nous introduisons ensuite le spéculum à valves mobiles, préalablement désinfecté. Ce spéculum nous permet d'examiner les parois duvagin dans tous les sens. Puis nous faisons un lavage antiseptique prolongé, nous détergeons les culs-de-sacs et l'orifice externe du col. Prenant alors une baguette porte-coton de Dumontpallier, rigoureusement aseptique, nous l'introduisons dans la cavité endocervicale et nous allons recueillir les lochies au niveau de l'orifice interne. S'il

y a endométrite, la baguette, rapprochée des narines, exhale une odeur fétide. Cet examen au spéculum est d'autant plus précieux qu'il est des cas où les lochies recueillies sur la bande vulvaire n'ont pas d'odeur alors que la baguette porte-coton ramène des lambeaux fétides de caduque hypertrophiée. Il est aussi des cas où des lochies putrides sont retenues par une flexion exagérée de l'utérus transformé en cavité close. *Ce signe : lochies fétides recueillies au niveau du col est très important dans le diagnostic d'endométrite puerpérale. Mais il est à remarquer que le degré de fétidité n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de l'infection* : c'est ainsi que des endométrites très atténuées avec pouls et température normaux peuvent s'accompagner de lochies abondantes et putrides, tandis que des infections très graves avec pouls fréquent et température élevée peuvent s'accompagner de lochies abondantes et presque sans odeur. Ces différences tiennent le plus souvent à la nature du microbe : dans le premier cas il s'agit généralement d'infection colibacillaire, anaérobie, polymicrobienne ; dans le second cas il s'agit d'infection exclusivement streptococcique ou exclusivement staphylococcique. — Mais dans ces cas relativement rares d'infections monomicrobiennes, les lochies sont généralement épaisses, blanches ou jaunâtres, puriformes (1). *Cette purulence des lochies* qui peut d'ailleurs se rencontrer dans toutes les variétés d'infection utérine traduit par sa présence une réaction intense et

1. C. Jeannin. *Presse Médicale*, 14 mars 1906.

déjà avancée de la muqueuse contre le microbe qui l'assiège. — L'examen au spéculum permet aussi d'apprécier les autres modifications, quantitatives et qualitatives, des lochies dans l'endométrite puerpérale : *diminution ou exagération d'un flux sanguinolent, coloration jaunâtre, brunâtre, et même noirâtre de l'écoulement, consistance plus ou moins épaisse tenant aux débris charriés.* — Mais parmi les signes tirés des lochies, c'est l'odeur fétide qui est le phénomène le plus patent le plus précoce. C'est sur lui surtout qu'on s'appuyait, qu'on s'appuie encore pour dépister l'infection de l'endomètre. Il était donc utile d'insister sur la nécessité qu'il y a d'en faire la constatation précise et indiscutable.

Mais n'y a-t-il pas de difficultés à faire pénétrer cette baguette de Dumontpallier dans la cavité endocervicale? A l'état normal « le col se referme très vite et dès le trosième jour après l'accouchement on éprouve de la difficulté à franchir l'orifice interne (1). » Lorsque l'endomètre est infecté le col ne se referme pas dans les délais normaux : il est béant. Et lorsque la tige porte-coton va recueillir les lochies elle pénètre facilement non seulement dans la cavité endorcervicale, mais encore à travers l'orifice interne. *Cette béance du col est peut-être le signe le plus important de l'endométrite puerpérale.* Quand on le rencontre plusieurs jours après l'accouchement, on peut faire le diagnostic d'infection de la

1. Brindeau. In *Traité des accouchements* de Tarnier et Budin, t. IV.

muqueuse, même s'il n'y a pas de fétidité des lochies. On le rencontre aussi dans les cas de rétentions de cotylédons ou de membranes, mais alors qu'il y a déjà réaction inflammatoire de la muqueuse. Dans le cas de rétention aseptique, en effet, on est souvent obligé de dilater l'orifice interne pour extraire les débris restés dans l'utérus. Ce signe capital, mis en relief par Budin, a la même valeur que le défaut de consistance et la subinvolution; il a la même signification pathogénique: il traduit la paralysie de la fibre utérine qui ne se contracte plus sous la muqueuse enflammée. Il est cependant un écueil à éviter : *c'est la confusion qu'on fait facilement entre un col pseudo-béant et un col véritablement béant.* Dans le premier cas, il s'agit de cols dilacérés, déchiquetés, ouverts largement dans le vagin mais dont on ne franchit pas ou dont on ne franchit qu'avec difficulté l'orifice interne. Ces cols en éteignoirs sont assez fréquents; ils peuvent en outre présenter des eschares fétides et devenir ainsi une source d'erreurs de diagnostic. Dans le second cas au contraire l'orifice interne est toujours perméable; il est franchi avec la plus grande facilité.

*Quand les deux signes importants fournis par l'examen au spéculum: fétidité des lochies et béance du col, sont positifs, ils permettent d'affirmer le diagnostic d'endométrite puerpérale.*

**Signes tirés du toucher : contrôle des signes fournis par le palper, perméabilité de l'orifice interne, fétidité des débris utérins, exploration de la cavité utérine et des annexes.**

C'est à ce moment seulement que nous pratiquons le toucher. Nous avons déjà fait une désinfection soigneuse des parties génitales externes, du conduit vaginal, des culs-de-sac et du col ; nous nous sommes rendus compte de certaines particularités. Et nous sommes sûrs que l'endomètre est seul en jeu. Il ne s'agit pas d'infection basse, d'eschares vulvo-vaginales et notre doigt ne risque pas au passage de s'infecter lui-même et d'ensemencer une muqueuse stérile. Le diagnostic, grâce au spéculum facilement aseptique et à la tige qui n'est pas en contact avec les parois du vagin, — le diagnostic est fait : il y a endométrite. Pratiqué à ce moment, et dans ces conditions, le toucher ne présente plus les dangers signalés par les accoucheurs. Mais pourquoi toucher, pourquoi pratiquer une exploration utérine ou intra-utérine ? C'est qu'ainsi nous pouvons constater d'une façon plus complète les modifications de l'utérus et même de ses annexes ; de plus nous pouvons combiner ce toucher avec le palper et obtenir des renseignements précis. La femme étant préalablement sondée, le doigt va à la recherche du col tandis que la main opposée, placée sur la paroi abdominale, fixe l'organe. Il apprécie d'abord le défaut de consistance de l'utérus, sa mollesse ; il a une sensation plus nette des dimensions de cet utérus et contate le degré

de subinvolution. Il examine les culs-de-sac, afin de dépister une localisation précoce de l'infection dans la zone juxta-utérine. Il pourrait même sentir l'adénite péri-utérine signalée par Lucas-Championnière et Siredey. Mais l'inflammation des lymphatiques péri utérins n'est pas constante et traduit déjà la diffusion de l'infection. Enfin le toucher permet de constater d'une façon beaucoup plus précise et beaucoup plus sûre qu'avec la tige la béance du col : un doigt, deux doigts pénètrent facilement à travers l'orifice interne. Nous sommes alors dans la cavité utérine et nous l'explorons : « Nous trouvons au niveau de l'insertion placentaire des débris irréguliers parfois très volumieux qui sont formés par de la caduque hypertrophiée (1). » En ramenant le doigts hors des organes génitaux, on peut également constater que ces débris sont fétides : *Ainsi le toucher combiné le plus souvent avec le palper, nous a permis d'abord de préciser certains détails fournis par le palper, ensuite d'apprécier nettement la béance du col et la fétidité des lochies, enfin d'explorer la cavité utérine et ses annexes.*

**Symptômes de voisinage, troubles du côté du rectum et de la vessie.**

L'ensemble des signes utérins, fournis par le palper, l'examen au spéculum, le toucher, a permis d'affirmer le diagnostic d'endométrite. Ces signes utérins s'ac-

1. Tarnier et Budin. *Loc. cit.*

compagnent souvent de symptômes de voisinage. Ce sont, d'une part, des troubles du côté du rectum ; ce sont d'autre part, des troubles du côté de la vessie. C'est ainsi que les femmes se plaignent de sensations de pesanteur au niveau de l'anus, de constipation opiniâtre. Celle-ci entraîne une congestion des veines anales, et favorise les processus hémorroïdaires. Parfois on constate une diarrhée noirâtre, fétide, qui peut accompagner une infection coli-bacillaire de l'endomètre. M. le professeur Rouvier a quelquefois observé de la reetite, alors que l'endométrite était déjà installée. Les troubles urinaires consistent surtout en mictions fréquentes. Cette pollakiurie s'observe d'ailleurs dans tous les cas de congestion utérine.

**Signes tirés de l'état général : la température, le pouls, le facies, les symptômes accessoires.**

Au cours du post partum et du post abortum nous devons suivre attentivement non seulement les modifications du côté de l'utérus, mais encore les modifications du côté de l'état général. C'est ainsi que la température sera prise matin et soir et que la courbe thermique sera rigoureusement consignée. Pendant les suites de couches, la température moyenne normale est de 36°8 et la courbe doit se rapprocher du plateau. *Toutes les fois que le thermomètre sera au-dessus de la normale* (37°) ; *toutes les fois que les oscillations de la courbe dépasseront un demi-degré, on devra avoir l'at-*

*tention en éveil.* Ces modifications légères de la température, apparaissant du troisième au septième jour, peuvent être un signe précoce d'endométrite puerpérale. Aussi faut-il y penser tout d'abord et faire un examen méthodique des organes génitaux. Puis le thermomètre s'élève progressivement à 37°5, 38°, 38°5. Au bout de deux ou trois jours de cette fièvre légère, la courbe s'élève brusquement à 40° à la suite d'un frisson. Quelquefois, c'est en pleine santé que l'accouchée est prise d'un grand frisson semblable à celui des fièvres intermittentes ou bien de petits frissons répétés tandis que le thermomètre marque 39° ou 40°. *Mais si les modifications de la température peuvent orécéder les autres manifestations de l'endométrite, elles constituent souvent un signe infidèle et trompeur.* Signe infidèle, car le thermomètre peut osciller autour de la normale alors qu'évolue une infection atténuée de l'endomètre. Signe trompeur, car il peut entraîner une thérapeutique intra -utérine alors qu'évolue une infection extra-utérine. Signe important cependant, parce qu'il oblige le praticien à un examen méthodique des organes génitaux par le palper, l'examen au spéculum, le toucher. Et si les résultats de cet examen sont négatifs on ne devra pas s'obstiner dans cette voie : il faudra passer en revue tous les organes de l'accouchée afin de trouver la cause de ce mouvement fébrile. L'élévation de la température a donc une réelle valeur dans le diagnostic d'endométrite puerpérale : elle peut être précoce et attirer l'attention sur des signes locaux qu'on avait laissé passer inaperçus ; mais elle peut manquer

on peut n'apparaître que tardivement, alors qu'elle traduit déjà l'infection générale de l'organisme.

Si la température de l'accouchée doit être prise matin et soir, *le pouls doit être suivi avec la même attention.* Dans les suites de couches aseptiques, il présente un ralentissement plus ou moins marqué pendant un à douze jours: il se maintient, en général, entre 60 et 70 pulsations. *Quand l'endomètre est infecté le pouls suit généralement la température dans sa marche ascendante et s'élève à* 90, 100, 120 *pulsations suivant la hauteur de la courbe thermique.* Il présente son maximum au moment des frissons. *Dans certains cas, il y a dissociation entre la température et le pouls, ce dernier étant rapide par rapport à la température.* Enfin *la fréquence du pouls peut précéder les autres accidents, et en particulier l'élévation thermique.* Quelle est la valeur de ce signe : fréquence du pouls ? Quand il accompagne l'élévation de température, il peut être tardif et traduire une toxhémie généralisée, il peut être indépendant d'une endométrite et traduire une infection extra-utérine. Quand il précède la fièvre, il peut être dû à une hémorragie de la délivrance, à de petites hémorragies répétées. *Si donc les modifications du pouls ont une réelle valeur, elles ne sauraient suffire pour dépister une infection de l'endomètre.*

A côté de l'étude de la température et du pouls dans l'endométrite, il faut faire une place importante à l'étude du *facies.* On sait les relations qui existent entre l'habitus extérieur de la femme et l'état des organes génitaux: telle femme qui aura une métrite chronique,

une salpingite, sera vieille avant l'âge ; telle autre, guérie, rajeunira. Dans les suites de couches normales, le facies traduit la sensation de bien-être qu'éprouve la femme. *Quand l'endomètre est infecté, le facies s'altère rapidement.* Il rappelle le facies grippal, cachectique, *et offre une coloration brun-jaunâtre, comme s'il avait été passé à la suie.* Cette altération du facies peut être précoce: et, quand on l'observe alors que la température est encore normale et que les allures du puerpérium semblent physiologiques, il faut déjà soupçonner une infection au début et se tenir sur ses gardes. Au moment des frissons, la face est d'abord pâle et cyanosée, puis rouge et vultueuse à l'acmé. *Il est donc important de suivre les modifications qui peuvent se produire du côté du visage de l'accouchée : la simple inspection met quelquefois déjà sur la voie du diagnostic, avant tout autre constatation.*

Sans avoir l'importance du pouls et de la température dans les suites de couches infectieuses, *les phénomènes généraux accessoires* méritent d'être signalés. C'est ainsi que la malade accuse une *céphalée presque constante,* des malaises plus ou moins localisés, souvent indéfinissables, des douleurs lombaires ou une courbature généralisée. Elle est plus *agitée* qu'auparavant, ou bien elle est *apathique.* La *langue est humide et sale,* les urines sont peu abondantes. Mais de tous ces signes qui traduisent déjà l'infection de l'organisme, *les plus constants et les plus précoces sont ceux fournis par le système nerveux, depuis le vague malaise jusqu'à la céphalée persistante.*

Ainsi nous possédons tous les éléments d'un diagnostic précoce de l'endométrite puerpérale, éléments dont l'ensemble constitue un faisceau pathognomonique. Nous savons interpréter tous les phénomènes qui peuvent se produire dans le post partum ou dans le post abortum : nous savons tirer parti de l'inspection de l'accouchée, de la palpation méthodique et biquotidienne de l'abdomen, de l'examen des lochies, du toucher, de la courbe thermique, de la courbe du pouls et des phénomènes généraux accessoires. Nous savons qu'une simple altération du facies peut être un signe précoce qui doit attirer notre attention Nous savons, qu'il n'est pas nécessaire d'attendre l'élévation de la température et la fréquence du pouls pour songer à la possibilité d'une infection utérine, les modifications de la température et du pouls pouvant être précoces, mais pouvant aussi manquer dans les formes attenuées ou dans les phases de début. Nous savons, au contraire, que les signes, toujours précoces, fournis par le palper nous apportent presque une certitude, certitude d'autant plus grande qu'ils s'accompagnent de fièvre et de fréquence du pouls. Nous savons que la nature des lochies recueillies dans certaines conditions peut nous donner aussi une certitude. Nous savons enfin, que la béance du col est caractéristique de l'endométrite et qu'elle vient compléter les *signes utérins, signes de certitude par rapport aux phénomènes généraux qui sont surtout des signes de probabilités.*

## CHAPITRE II

### Evolution de l'endométrite puerpérale

Quelle va être l'évolution de cette endométrite puerpérale que nous avons diagnostiquée à son début.

La marche de l'affection varie essentiellement avec le traitement. Sans doute, la nature du microbe, sa virulence peuvent modifier le processus infectieux. Mais, en pratique et dans l'immense majorité des cas, toutes les fois qu'une endométrite au début est immédiatement traitée on constate les modifications suivantes du côté de l'état local et du côté de l'état général. Du côté de l'état local : le muscle utérin entre en contraction passagère ou persistante et ce phénomène se traduit au palper par une consistance ferme et résistante de l'utérus, par une forme nettement globuleuse et par une involution rapide ; les lochies perdent rapidement leur fétidité et souvent n'ont plus d'odeur dès le deuxième ou le troisième jour du traitement ; le col se ferme et le doigt explorateur est souvent encerclé par l'orifice interne qui se contracte sur lui. Du côté de l'état géné-

rale: le facies devient normal, la température tombe progressivement au bout de deux ou trois jours ou brusquement dès la première intervention, le pouls suit la température, et la femme ressent un bien-être marqué. Ces modifications, du côté de l'état local et du côté de l'état général, marquent *l'évolution de l'endométrite puerpérate vers la guérison.*

*Cette guérison est certaine lorsqu'on constate les signes cliniques suivants : un utérus, en état de contraction relative et permanente qui termine son involution avec des lochies sans odeur, un col fermé, un orifice interne imperméable, un état général parfait avec un pouls normal ou un peu ralenti, et une température normale.* La guérison peut être assurée au bout de deux à dix jours de traitement. C'est du moins la moyenne qui s'applique aux cas que nous avons observés.

*Mais si l'endométrite n'est pas traitée ou si elle est traitée trop tard, la marche de l'affection est différente. Deux cas sont alors à envisager : ou bien il s'agit d'une infection atténuée, ou bien il s'agit d'une infection aiguë.*

Il s'agit d'une forme clinique atténuée : l'utérus est gros et mou, les lochies sont plus abondantes qu'à l'état normal, un peu odorantes et grisâtres, l'orifice interne est perméable, la température n'atteint pas 38°, la femme a de la céphalée et des petits frissons. Cet état peut ne durer que quelques jours, au bout desquels la température revient à la normale, les lochies perdent

leur odeur. Mais on *peut voir brusquement survenir la mort à la fin de la période puerpérale* ; Il s'est produit une embolie qui est partie des veines utérines. Voilà une conséquence immédiate possible d'une infection endométritique, à la bénignité apparente de laquelle on s'était fié. — Mais on *peut voir, une ou plusieurs semaines après, apparaître une « phlegmatia alba dolens »*. Voilà une conséquence tardive relativement fréquente, d'une infection atténuée de l'endomètre. Cette infection atténuée peut parfois n'être marquée que par des lochies abondantes, fétides et noirâtres, avec utérus gros et col béant, sans réaction générale bien apparente (formes larvées de Labadie-Lagrave). Les mêmes conséquences immédiates et tardives peuvent venir manifester sa présence. — Enfin ces conséquences immédiates ou un peu plus tardives peuvent ne pas compliquer ces endométrites d'allure bénigne, ces infections atténuées. Mais des *accidents à échéance plus ou moins éloignée* vont terminer une marche insidieuse, marquée seulement par quelques pertes noirâtres et longtemps prolongées, par quelques malaises qui n'ont jamais retenu la femme au lit, par une matrice restée volumineuse, par un col longtemps béant jusqu'au jour où il s'est contracturé, supprimant ainsi un drainage naturel aux sécrétions septiques et transformant en cavité close la cavité utérine. Ces accidents à échéance éloignée sont fréquents et se peuvent classer sous deux chefs principaux : *accidents infectieux d'une part, accidents para-infectieux d'autre part.* — Les premiers consistent soit en lésions chroniques localisées à l'endomètre et gagnant généra-

lement le muscle lui-même, soit en lésions localisées aux organes distants. Le *passage à la chronicité* peut se faire d'emblée : il résulte alors du degré de virulence du microbe, des conditions dans lesquelles l'inoculation septique est faite, de la structure de la muqueuse et de la disposition des follicules glandulaires. Plus souvent le passage à la chronicité s'effectue sur des organismes débiles et tarés qui se défont lentement et difficilement de l'infection : il est d'ailleurs favorisé par des conditions névro-vasculaires défectueuses de l'utérus (thrombose, stase veineuse, stase lymphatique, atonie du muscle utérin) par la menstruation, le coït, les irritations mécaniques et les congestions qui en dépendent (1). Après une phase atténuée, subaiguë, l'endométrite continue insidieusement sa marche et les lésions au lieu de rétrocéder atteignent généralement le muscle lui-même. Dans la forme chronique de l'endométrite en effet, la coexistence entre les lésions de la muqueuse et celles des parois musculaires est la règle. Au moment où le myomètre est touché par le processus, on observe généralement une contracture du col, ce qui aggrave la situation. Qu'elle ait gagné ou non le tissu sous-jacent cette endométrite chronique produit des altérations de la muqueuse, hypertrophie, végétations, ulcérations, qui se traduisent par une augmentation du volume de l'utérus, par des pertes hémorragiques assez fréquentes, par une sécrétion abondante de pus, par des avortements répétés, des placentas prœvia, de l'hydrorrée et

1. Doléris, *loc. cit.*

même par de la stérilité du fait de l'oblitération de l'ostium uterinum. Risques d'anémie progressive, répercussion fatale d'un foyer infectieux sur l'organisme, avenir génital compromis, — telles sont les conséquences fâcheuses qui découlent du passage à la chronicité des lésions localisées à l'endomètre.

La diffusion et *la propagation de l'inflammation aux organes voisins* se fait soit par les lymphatiques, soit par les veines, soit par la continuité des tissus. L'une ou l'autre de ces voies peut être suivie isolément, mais aussi simultanément. Les lésions consistent en salpingites et salpingo-ovarites, lesquelles peuvent être favorisées par l'occlusion du col, en paramétrites et périmétrites. Et ces salpingites entraînent souvent la stérilité, ces paramétrites et ces périmétrites peuvent suppurer sous l'influence d'une cause provocatrice.

Les *lésions localisées aux organes distants* se propagent généralement par la voie sanguine et sont le plus souvent du ressort médical, en imposant d'ailleurs pour des maladies distinctes et indépendantes du foyer génital. Ce foyer, en effet, semblait éteint depuis longtemps, depuis plusieurs mois, et n'avait d'ailleurs jamais présenté qu'une réaction atténuée ou même latente. Et voici qu'évoluent une pleurésie, une endocardite, ou bien encore les troubles les plus variés, les plus bizarres (diarrhées, névrites, dermatoses, arthrites, anémie avec teinte jaune sale de la face, fièvre puerpérale tardive, etc.) qui disparaissent après un traitement énergique du foyer primitif, si souvent insoupçonné.

Les accidents para-infectieux consistent en *prolapsus*

*utérins versions douloureuses, flexions,* toutes lésions qui sont consécutives à l'état de subinvolution qui accompagne l'endométrite, par un mécanisme que nous avons déjà expliqué. Ces lésions ne sont pas infectieuses mais sont en relation avec une infection primordiale dont elles sont la conséquence. Elles évoluent alors pour leur propre compte ; provoquent des troubles du côté du rectum et du côté de la vessie, des douleurs pelviennes, entraînent une congestion passive dans la zone génitale et compromettent l'avenir génital de la femme (stérilité, complications au cours de la grossesse, au cours de l'accouchement).

Nous avons envisagé la marche d'une endométrite atténuée. Étudions maintenant l'évolution d'UNE INFECTION AIGUE DE LA MUQUEUSE UTÉRINE. Il n'y avait eu d'abord, du troisième au cinquième jour, qu'un léger mouvement fébrile qui n'avait pas dépassé 38°5, les lochies avaient eu un peu d'odeur, l'utérus était gros et empâté le col était béant. On s'était borné pendant deux jours à une thérapeutique vaginale ou à l'expectative. Et voici qu'il est trop tard. *On peut dire, en effet, de l'endométrite ce que Lasègue disait de la pleurésie : « on sait comment elle commence, on ne sait jamais comment elle finira. »* — La marche de l'affection est alors caractérisée par une *persistance des phénomènes locaux et une progression rapide des phénomènes généraux.* Tandis que la régression de l'utérus reste stationnaire, tandis que le muscle continue d'être flasque et l'orifice interne d'être béant, tandis que la sensibilité utérine persiste, tandis que les lochies moins abondantes et dé-

colorées gardent une fétidité marquée, — la température atteint 40° et suit alors une courbe irrégulière, tantôt se maintenant à cette hauteur avec des oscillations d'un degré entre le matin et le soir, tantôt présentant des oscillations qui atteignent deux ou trois degrés et qui sont toujours plus élevées le soir que le matin, tantôt s'abaissant aux environs de 38° pendant un à quatre jours pour remonter ensuite. Cette hyperthermie peut durer plusieurs semaines, sauf dans certaines affections à coli-bacilles, où l'on observe alors de l'hypothermie. Le pouls s'élève à 90, 100, 120 pulsations suivant la hauteur de la courbe thermique et présente son maximum au moment des frissons, qui accompagnent les oscillations de la température. Dans certains cas il y a dissociation du pouls et de la température, le pouls étant plus élevé que la température et traduisant une intoxication profonde. Le facies s'altère davantage; il devient grisâtre, plombé, parfois subictérique, les yeux sont excavés et brillants et ces altérations sont encore plus marquées au moment des frissons. L'appétit disparaît, la langue devient sèche, rôtie, la peau, brûlante, les urines rares et albumineuses. Il y a souvent une diarrhée noirâtre et fétide, une dyspnée toxique sans lésions pulmonaires à l'auscultation. Les troubles nerveux sont des plus marqués : apathie cérébrale, délire, incontinence des matières. *C'est le tableau de l'infection puerpérale proprement dite, qui est réalisé* avec plus ou moins d'intensité. Dans ces cas très graves les malades peuvent guérir ; mais plus souvent encore elles succombent soit après plusieurs semaines d'hy-

perthermie avec état général grave, soit après plusieurs poussées dans l'intervalle desquelles on pouvait espérer une rémission définitive. Parfois il arrive que les phénomènes locaux dominent la scène : le ventre est douloureux, les lochies sont putrides et brunâtres. C'est le type de l'endométrite putride signalée par les auteurs et cette forme clinique se termine par la mort dans l'algidité. Ainsi l'endométrite aiguë, abandonnée à elle-même, s'accompagne de phénomènes généraux graves qui traduisent l'absorption des toxines au niveau du foyer utérin, réalise le tableau de l'infection puerpérale et peut entraîner la mort.

Mais si les toxines déversées au niveau de la plaie utérine peuvent empoisonner rapidement l'organisme, l'endométrite aiguë abandonnée à elle-même ou tardivement traitée est surtout grave par ses complications. *Ces complications varient suivant que le microbe, quittant son foyer primitf, gagne la voie lymphatique ou la voie veineuse.*

En pénétrant les lymphatiques qui font communiquer la muqueuse avec la musculeuse et la séreuse, l'agent pathogène peut infecter le parenchyme utérin, le paramétrium et le péritoine. Il infecte le parenchyme utérin et une myométrite aiguë, des abcès intramusculaires, des îlots gangréneux peuvent survenir. Il infecte le tissu cellulaire du ligament large, et un phlegmon périutérin, une salpingo-ovarite peuvent évoluer. Il infecte le péritoine et la péritonite peut être généralisée ou localisée. Ce sont là des accidents immédiats qui peuvent entraîner rapidement la mort. C'est ainsi que les

*abcès de la paroi utérine les plaques de gangrène* peuvent s'accompagner de *perforations utérines :* c'est ainsi que la *myométrite aiguë* peut s'accompagner de *rupture de l'utérus.* La *salpingo-ovarite aiguë* est rare, mais elle peut exister et rester latente. Le *phlegmon du ligament large* nécessite une intervention rapide si le pus se localise, et cette localisation est quelquefois favorable. La *péritonite généralisée* est parfois très précoce : elle est alors foudroyante. Quand elle survient vers le cinquième ou le sixième jour, elle est moins grave et on peut la voir guérir. La *peritonite localisée* au petit bassin, la pelvipéritonite est moins souvent mortelle ; elle peut guérir, mais laisse le plus souvent des adhérences qui enclavent les organes pelviens dans une sorte de gangue. — Si l'infection en se propageant par lymphangite peut entraîner la mort, les complications qui résultent de la propagation de l'infection par voie veineuse ne sont pas moins néfastes. L'agent pathogène, en effet, gagne le torrent circulatoire en formant des embolies septiques. Des *septicémies intermittentes*, des *pyohémies* en sont la conséquence : elles apparaissent le plus souvent vers le neuvième ou le dixième jour et procèdent par poussées successives, chaque poussée de fièvre correspondant à une nouvelle invasion microbienne ou à une suppuration nouvelle. Nous ne parlons pas des septicémies suraiguës qui surviennent quelques heures après l'accouchement et qui ne sont pas, à proprement parler, la complication d'une endométrite.

Or dans *dans tous les cas de propagation phlébiti-*

*que, la mort peut survenir non seulement du fait de l'infection sanguine généralisée, mais encore du fait des localisations dans les organes éloignés. C'est, en effet, le propre de l'infection lymphangitique de provoquer des accidents immédiats dans les organes voisins du foyer primitif, c'est au contraire le propre de l'infection veineuse de provoquer des accidents immédiats dans les organes éloignés.* C'est ainsi que les microbes iront coloniser dans l'endocarde, cette endocardite pouvant d'ailleurs passer inaperçue ; c'est ainsi qu'ils iront coloniser dans le péricarde et déterminer un épanchement. Le myocarde est parfois atteint et cette myocardite intercurrente peut emporter brusquement la malade. L'appareil pleuro pulmonaire est parfois touché : on constate une pleurésie, des infarctus. Du côté de l'appareil digestif et de ses annexes signalons la diarrhée, l'ictère et les suppurations du foie, les abcès de la rate. Du côté de l'appareil génito-urinaire signalons l'albuminurie, les néphrites, les pyélonéphrites, les cystites. Du côté du système nerveux citons l'hémiplégie, l'aphasie, les paralysies, les névrites, les panophtalmies, les embolies de l'artère centrale, l'iritis, l'iridochoroïdite, l'otite moyenne, les thromboses du sinus latéral, les troubles psychiques. Signalons encore les pseudorhumatismes infectieux, les psoïtis, les myosites, les suppurations sous-cutanées, les érythèmes infectieux, etc. Or tous ces accidents immédiats localisés aux organes distants peuvent évoluer pour leur propre compte, si un embolus n'a pas provoqué la mort subite. — Quand la malade guérit des accidents immédiats qui peuvent

compliquer l'endométrite aiguë, elle peut encore présenter à *une époque plus tardive* une *phlegmatia alba dolens*. Il est à remarquer cependant que les phlegmatia sont beaucoup plus fréquentes dans les infections atténuées. — La malade peut, à une époque éloignée, voir éclater une *salpingo-ovarite* qui était restée latente dans la période aiguë de l'infection puerpérale et qui ne s'accompagne de symptômesfonctionnels que longtemps après l'accouchement. Elle peut voir évoluer une *métrite chronique* avec toutes les conséquences que nous avons signalées ; et l'on peut parfois constater des adhérences péritonéales, des péritonites enkystées. A côté de ces accidents infectieux à échéances éloignées, citons les *versions et les flexions les prolapsus de l'utérus* qui peuvent être consécutifs à des états infectieux, et qui sont des accidents para-infectieux. Les accidents à longue échéance d'ordre médical sont infiniment plus rares que dans les formes insidieuses : citons cependant les *lésions cardiaques* qui peuvent laisser des difformités valvulaires. Mais elles ne sont déjà plus en rapport direct avec le foyer local et elles évoluent pour leur propre compte. Il en est de même pour les autres affections d'ordre médical. Dans les formes aiguës de l'endométrite, en effet, les symptômes sont bruyants, ne passent pas inaperçus et les lésions primordiales sont toujours traitées et généralement éteintes.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'évolution clinique de l'endométrite puerpérale. Lorsque l'infection est diagnostiquée et traitée dès le début, elle guérit rapi-

dement. Lorsqu'elle est diagnostiquée trop tard, lorsqu'elle est traitée trop tard ou non traitée du tout, les conséquences en sont sérieuses qu'il s'agisse d'une forme atténuée ou d'une forme aiguë. *Dans les formes atténuées, ce sont les accidents à longue échéance, subaigus mais toujours désastreux pour l'avenir qui dominent l'évolution. Dans les formes bruyantes ce sont les accidents à brève échéance, aigus ou subaigus, dangereux immédiatement qui dominent l'évolution.* Les formes atténuées au début peuvent d'ailleurs se transformer en formes aiguës. Nous plaçant au point de vue pathogénique, on peut dire, d'une façon générale : quand *l'infection suit immédiatement la voie phlébitique, l'évolution va être grave ; quand l'infection suit la voie lymphangitique, l'évolution va être sérieuse; quand l'infection s'arrête aux désorganisations locales, l'évolution va être bénigne.* Mais alors même que l'évolution n'est pas très grave immédiatement la lésion peut devenir chronique ; et la persistance d'un foyer local virulent entraînera des propagations de voisinage ou nous réservera des surprises dans des organes éloignés.

Au cours de cette description nous avons eu en vue surtout l'endométrite dans le post-partum. Dans le post-abortum l'infection de l'endomètre se traduit par les mêmes signes cliniques du côté de l'utérus et par les mêmes phénomènes généraux. Mais ici les formes aiguës sont rares, les formes atténuées sont fréquentes. Aussi bien les laisse-t-on passer souvent inaperçues : de là la fréquence des accidents éloignés, des métrites chroniques, des salpingites, des salpingo-ovarites, et des

autres lésions que nous avons signalées dans l'évolution clinique des endométrites atténuées. Or, ces lésions compromettent souvent l'avenir génital de la femme, parfois sa santé générale.

Ne nous laissons donc pas leurrer par un post-partum ou un post-abortum bénins en apparence. Au moindre signe d'endométrite traitons nos femmes et nous ne les considérerons à l'abri de dangers immédiats ou lointains que lorsque nous aurons constaté ce que nous avons appelé les signes cliniques de la guérison. Sur ce point les auteurs manquent souvent de précision considérant parfois comme guéries celles qui ne le sont pas, comme non guéries celles qui le sont déjà. Nous connaissons les éléments sur lesquels nous appuierons notre confiance en l'évolution.

## CHAPITRE III

### Diagnostic différentiel de l'endométrite puerpérale

Nous connaissons maintenant l'aspect clinique de l'endométrite puerpérale. Aussi bien, toutes les fois que nous rencontrerons les signes qui la caractérisent soit dans le post partum, soit dans le post abortum, nous affirmerons le diagnostic d'infection de la muqueuse utérine. Que si une accouchée présente de la fièvre, des frissons, des lochies fétides, nous pratiquerons l'examen systématique de l'utérus par le palper, l'examen au spéculum, le toucher ; et, si les résultats de cet examen méthodique restent négatifs, nous éliminerons le diagnostic d'infection de la muqueuse utérine. C'est assez dire que nous rompons en visière avec la doctrine classique formulée par Varnier dans son « Obstétrique journalière » (1) doctrine encore appliquée par la majorité des praticiens : « *Toute femme, chez laquelle la température axillaire oscille entre* 38° *et* 39°

1. Varnier. Obstétrique journalière. Steinheil, 1900.

*dans les trois ou quatre premiers jours avec ou sans frissons, avec ou sans odeur des lochies, doit être d'abord considérée comme infectée et traitée comme telle.* » Cette formule est trop absolue au point de vue clinique, elle n'est pas exempte de dangers au point de vue thérapeutique; et de son application intégrale ont découlé et découlent chaque jour des erreurs nombreuses. Elle repose, en effet, essentiellement : 1° sur le symptôme fièvre avec ou sans frissons qui serait le symptôme capital ; 2° sur le signe lochies fétides qui serait le signe accessoire.

Voyons donc la valeur du symptôme fièvre dans les suites de couches, étudions sa séméiologie et nous ferons ainsi le diagnostic différentiel de l'infection puerpérale avec les accidents fébriles du post partum et du post abortum. Voyons quelle est la valeur du signe lochies fétides dans les suites de couches, étudions sa séméiologie et nous ferons ainsi le diagnostic différentiel de l'infection utérine avec les autres accidents génitaux pouvant s'accompagner de lochies fétides. Discutons enfin, la valeur du syndrome fièvre avec lochies fétides, et voyons si cette association se rencontre exclusivement dans les infections utérines. Procéder ainsi, c'est analyser les signes les plus bruyants, les plus frappants du post partum pathologique, ceux qui attirent surtout l'attention du médecin et de l'entourage, c'est envisager rapidement les affections principales qui peuvent égarer le diagnostic exact.

SÉMÉIOLOGIE DE LA FIÈVRE DANS LES SUITES DE COUCHES

Nous savons que pendant les suites de couches normales, la température axillaire doit osciller entre 36°8 et 37°2 et ne doit pas dépasser 37°5. *Lorsqu'au cours du post partum ou du post abortum survient le symptôme fièvre il faut d'abord songer à la possibilité d'une infection utérine au début, d'une endométrite puerpérale.* Mais si les signes de certitude de l'endométrite (état de l'utérus, nature des lochies prises au niveau du col, béance de l'orifice interne, etc.) manquent absolument, ne vous obstinez pas sur cette piste, et cherchez ailleurs la cause de la fièvre.

Cherchez-la d'abord *du côté des voies génitales* : l'orifice utérin, le canal vaginal, l'anneau vulvaire, le plancher périnéal peuvent à la suite des traumatismes de l'accouchement présenter des surfaces dénudées, des escharres capables par infection secondaire de retentir sur l'état général. Ce diagnostic doit être fait en examinant avec soin les parois du vagin et la région périnéo-vulvaire: la température apparaît vers le troisième jour, ne dépasse pas 38° ou 38°3 et disparaît du septième au neuvième jour; le pouls suit la température et oscille autour de 80.

*Cherchez ensuite la cause de la fièvre du côté de la région mammaire* où se développe une grande activité physiologique pendant la période des suites de couches. Quand il y a forte montée laiteuse, la femme peut présenter, vers le troisième jour, des phénomènes subfé-

brides, en même temps que les seins deviennent très volumineux. Mais il ne s'agit pas, à proprement parler de fièvre : il y a une élévation de quelques dixièmes de degré qui ne doit pas dépasser 37°2 et le pouls augmente de fréquence. En vingt-quatre heures, ces accidents se sont dissipés. Aussi dès que la température atteint 37°5, il est prudent de se méfier car la fièvre de lait n'existe pas. *Les crevasses* ne s'accompagnent que d'une élévation de six à huit dixièmes de température, qui apparaît vers le quatrième ou cinquième jour, persiste trois à quatre jours pour disparaître ensuite: le pouls ne subit généralement pas de modification. *La lymphangite* se traduit par une élévation brusque de température vers 39 ou 40° vers le cinquième ou le septième jour : le pouls ne suit généralement pas la température. Cette modification de la courbe thermique s'accompagne de douleurs spontanées et cuisantes dans la région mammaire, de traînées rouges visibles à la partie externe de la glande, de chaleur locale et de sensibilité au creux axillaire, de petits frissons. Cette lymphangite succède généralement aux crevasses du mamelon, elle est souvent suivie de production de pus: elle est alors associée à de la galachophorite et se termine parfois par *des abcès du sein*. Elle peut d'ailleurs être profonde, se traduire par de la douleur sans réseau inflammatoire.

La *galachophorite* est souvent secondaire à la lymphangite et aux crevasses : la température qui était montée brusquement au bout de douze à vingt-quatre heures persiste encore pendant trois ou quatre jours

oscillant alors autour de 38°, le pouls commence à augmenter de 15 à 20 pulsations pour tomber à la normale au bout de trois à quatre jours. Le signe pathognomonique de l'affection est la sortie du pus par le mamelon par expression.

*Si vous ne trouvez pas la cause de la fièvre dans les organes qui sont en rapport direct avec la puerpéralité : organes génitaux et glandes mammaires, cherchez-la du côté des émonctoires et plus particulièrement du côté du tube digestif.* La constipation, si bien supportée par les femmes en temps normal peut être suivie chez l'accouchée d'accidents extrêmement graves, de *stercoremie*. La malade se plaint de céphalée, d'inappétence, de dépression, de douleurs dans l'abdomen ; la courbe thermique s'élève progressivement ou bien peut atteindre brusquement 40°, avec ou sans frissons. L'examen permet de constater l'état saburral de la langue, la fétidité de l'haleine, une masse pâteuse dans l'intestin ; et si l'abdomen est volumineux, distendu par des gaz, l'utérus et ses annexes ne sont pas sensibles à la pression. Budin a vu une femme succomber à ces accidents stercorémiques. La réplétion des matières dans l'intestin peut parfois se dissimuler derrière une apparence contraire : la malade a des garde-robes journalières, elle a même de la diarrhée, mais il s'agit d'une diarrhée par regorgement (1). Dans ces cas c'est encore l'examen objectif qui permettra de faire le diagnostic. Ainsi la coprostase, qui est presque nor-

1. Budin, in *Journal des Praticiens*, 2 juillet 1904.

male chez la femme en dehors de la puerpéralité, provoque très souvent le symptôme fièvre dans les suites de couches, symptôme qui s'accompagne d'accidents bénins dans la plupart des cas, d'accidents graves dans des cas plus rares. *La rétention d'urine* peut aussi provoquer un mouvement fébrile avec des accidents tels que douleurs abdominales, ballonnement, utérus remontant jusqu'à l'ombilic, accidents qui peuvent faire croire à une infection puerpérale.

Mais vous avez surveillé votre accouchée et vous avez constaté que les réservoirs fonctionnent bien : il n'y a ni constipation, ni rétention d'urine. *Cherchez alors la cause de la fièvre dans les infections latentes qui peuvent se réveiller et s'aggraver après l'accouchement.* L'accouchement, en effet, met la femme en état de moindre résistance et peut ainsi provoquer le retour de maladies infectieuses ou leur imprimer des allures parfois très graves. Dans cet ordre d'idées il faut d'abord songer à la *malaria*. A la Maternité d'Alger où nous avons pris nos observations, le paludisme est à coup sûr la cause la plus fréquente des accidents fébriles des suites de couches.

Nous avons vu réapparaître des accès qui avaient cessé depuis plusieurs années ; et ce réveil du paludisme sous l'influence de l'accouchement, constaté cliniquement et bactériologiquement, est une preuve non douteuse de l'exactitude de la théorie de Verneuil. Et si l'infection paludéenne est fréquente en Algérie, elle ne peut pas être rare en France : les relations entre les colonies et la métropole sont de plus en plus grandes et

la malaria est une maladie d'exportation, à laquelle il faut toujours songer. Les accès de fièvre paludéenne sont caractérisés par trois stades : un stade de frisson, un stade de chaleur, un stade de sueur, et sont généralement intermittents ; ils s'accompagnent d'hypersplénie, d'anémie avec pâleur terreuse des téguments, ils débutent presque toujours dans les heures comprises entre minuit et midi ; et un examen extemporané d'une goutte de sang étalée sur une lamelle et colorée au bleu d'azur permet de constater immédiatement la présence de l'hématozoaire ou des leucocytes mélanifères. A côté de ce type clinique très net, il y a des formes larvées ou frustes à courbe moins régulières et moin typique, à symptômes généraux moins accusés ; et ce sont ces formes que nous avons rencontrées très souvent. Un signe, sur lequel insiste M. le professeur Rouvier, nous a souvent été précieux pour faire le diagnostic précoce de malaria : c'est le signe de l'oreille. Avant que la malade ne présente cette anémie caractéristique du paludisme franc ou larvé, son oreille présente une teinte pâle et terreuse très spéciale qui attire l'attention du médecin avisé. Ainsi le paludisme est une cause fréquente d'accidents fébriles des suites de couches et lorsque surviendront des accès de fièvre accompagnés d'hypersplénie, de pâleur terreuse de l'oreille vous soupçonnerez l'existence de la malaria et vous pourrez contrôler rapidement votre diagnostic par un examen généralement facile, du sang au microscope. Si l'on est outillé, on pourra de plus faire une numération des globules blancs : s'il y a diminution des leuco-

cytes, c'est qu'il s'agit bien de paludisme ; s'il y a augmentation, c'est qu'il s'agit d'une autre infection.

La *tuberculose* peut s'aggraver rapidement après l'accouchement et présenter une courbe fébrile à grandes oscillations. Mais la notion des antécédents, l'existence de phénomènes locaux et caractéristiques du côté de la poitrine, l'absence de réactions utérines permettent de faire facilement le diagnostic. Nous en avons vu un cas où le tracé thermique pouvait faire songer à une infection puerpérale et où l'examen trancha rapidement le diagnostic.

Chez des femmes dont le passé est chargé de coliques hépatiques on peut voir la *vésicule biliaire et les canaux biliaires s'infecter*. Budin, Lepage en ont cité des observations probantes. Il s'agit généralement de fièvre à grandes oscillations avec foie douloureux, région vésiculaire enflammée, avec ou sans ictère.

Il en est de même chez les femmes dont le passé est chargé de coliques néphrétiques : Lepage (1) cite le cas d'une femme qui présenta de la fièvre au cours du post partum et qui fut traitée par injections intra utérines : un examen plus minutieux permit de diagnostiquer un *abcès périnéphrétique* qui fut opéré. Les *pyélonéphrites* seront reconnaissables à l'état des urines et à la masse profonde que forme le rein distendu dans un des côtés. D'autres fois ce sont de *vieux abcès de la fosse ischio-rectale* (Budin) qui se réveillent après l'accouchement et qui sont la cause de le fièvre. Parfois il s'agit soit

1. In *Journal des Praticiens*, 7 novembre 1903.

d'une *affection des annexes qui se met à suppurer après l'accouchement,* soit d'une *tumeur abdominale telle qu'un kyste de l'ovaire qui se met à s'enflammer.* Dans les deux cas les signes propres à l'affection et l'absence des signes d'infection utérine font le diagnostic. Nous avons observé une femme chez qui l'on avait fait le diagnostic d'infection puerpérale: nous trouvâmes une *plaie suppurée de la jambe* avec lymphangite, mais rien du côté de l'utérus. La fièvre était élevée et céda rapidement aux pansements antiseptiques. Sans entraîner la suppuration, l'accouchement peut déterminer le retour d'inflammations éteintes. C'est ainsi que des *arthrites sacro-iliaques* se réveillent, mais elles seront dépistées à la douleur à la pression. *Une typhlite, une appendicite* peuvent simuler l'infection utérine : c'est dans ce cas qu'il est urgent de faire un diagnostic précoce, si l'on ne veut pas voir succomber la malade. Les observations de Bouilly, de Routier sont à ce sujet fort intéressantes.

Mais vous avez passé en revue toutes les infections latentes ou patentes, générales ou locales, susceptibles de se réveiller ou de s'aggraver après l'accouchement et les résultats de cet examen ont été négatifs. Vous devez alors *chercher la cause de la fièvre dans les infections primitives qui guettent l'accouchée.* Au premier rang de celles-ci se trouve la *grippe.* Dans les statistiques de la Maternité d'Alger la grippe est, après l'infection paludéenne, la cause la plus fréquente des accidents fébriles des suites de couches, soit qu'elle sévisse à l'état sporadique, soit qu'elle sévisse à l'état

épidémique. Comment la reconnaître ? Elle se présente en effet sous les formes cliniques les plus variées : forme pulmonaire, forme gastro-intestinale, forme nerveuse. Cependant il y a des signes cliniques qu'on retrouve généralement dans toutes les formes : c'est un état d'asthénie très marqué, avec sensation de brisure des membres, c'est un état saburral de la langue avec coloration jaune-soufre, c'est la tension douloureuse des globes oculaires, c'est l'hypotension artérielle, c'est la courbe irrégulière de la fièvre. Elle peut évoluer sous des formes très graves et nous avons vu une femme succomber à des accidents de grippe sévère. Elle peut même devenir une cause d'infection puerpérale en facilitant une localisation du streptocoque. Il faut isoler les grippées et nous dûmes faire désinfecter notre salle d'accouchées lors d'une petite épidémie de grippe qui sévit dans le service. M. le professeur Rouvier qui étudia la dengue en Syrie put retrouver chez nos grippées l'allure clinique et les signes de la *dengue :* aussi bien l'identité entre ces deux affections lui paraît-elle établie.

De même la *rougeole et la scarlatine* peuvent atteindre de nouvelles accouchées, mais les signes propres à ces affections, les exanthèmes caractéristiques permettent de faire le diagnostic.

Une *pneumonie* peut se déclarer au cours du post partum ; le point de côté, le frisson, la courbe thermique, les signes locaux établissent le diagnostic.

Une *fièvre typhoïde* peut se rencontrer pendant les suites de couches et simuler une infection puerpérale : mais les taches rosées, la séroréaction, l'ab-

sence de signes du côté du col éclairent le praticien.

Une simple *angine* parfois peut être la cause d'un mouvement fébrile qui inquiète l'accoucheur.

Telles sont les principales affections que peut traduire le symptôme fièvre dans les suites de couches. Chaque fois qu'une accouchée présentera une température axillaire dépassant la normale vous songerez d'abord à la possibilité d'une infection utérine, puis à la possibilité d'une infection génitale ou mammaire. Les causes d'origine puerpérale étant éliminées, vous songerez à l'état des émonctoires, à la constipation. Puis vous penserez à toutes les infections générales ou locales qui, d'une part, peuvent se réveiller ou s'aggraver sous l'influence de l'accouchement, qui d'autre part peuvent atteindre primitivement l'accouchée en état de moindre résistance. Et pour ce faire vous passerez systématiquement en revue tous les organes de l'accouchée. Et si nous avons insisté sur le diagnostic des infections mammaires, de la stercorémie, du paludisme et de la grippe, c'est que ce sont, avec l'endométrite puerpérale, les causes que nous avons rencontrées le plus fréquemment à l'origine des accidents fébriles des suites de couches. *Aussi bien nous ne dirons pas : toute femme ayant de la fièvre dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'accouchement doit être d'abord considérée comme infectée. Nous dirons qu'elle doit être méthodiquement examinée en commençant par la zone puerpérale et en passant en revue tous les organes. Et si la fièvre traduit souvent l'infection de l'endomètre elle n'en est pas synonyme.*

## SÉMÉIOLOGIE DU SIGNE « LOCHIES FÉTIDES » DANS LES SUITES DE COUCHES

A l'état normal les lochies sont franchement sanguinolentes pendant les deux premiers jours, puis séro-sanguinolentes jusqu'au sixième jours, enfin séreuses jusque vers les huitième ou neuvième jour, date à laquelle l'écoulement, très peu abondant depuis quarante-huit heures, s'arrête complètement. L'odeur, légèrement fade et vireuse, a été comparée à celle du sang frais, du liquide amniotique. Lorsque survient le symptôme lochies fétides dans les suites de couches, quel diagnostic devons-nous porter ? En d'autres termes quelles sont les causes de la fétidité des lochies ? Ces causes se peuvent ranger en deux catégories distinctes : d'une part causes d'origine extra-utérine, d'autre part causes d'origine intra-utérine. En écartant les grandes lèvres vous remarquez que l'entrée du vagin est recouverte d'escharres grises, variqueuses, recouvertes parfois par de fausses membranes d'aspect diphtéroïde. La présence de ces *plaies vulvaires* peut suffire pour provoquer le signe lochies fétides. Parfois la plaie vulvaire s'étend jusqu'au périnée ; la déchirure a été suturée mais les fils n'ont pas tenu et la *plaie vulvo-périnéale*, œdématiée, infiltrée, s'est couverte par endroits d'exsudats grisâtres ; la présence de cette plaie vulvo-périnéale peut suffire pour occasionner le signe lochies fétides.

Mais cet examen des organes génitaux externes ne suffit pas : nous plaçons un spéculum à valves mobiles

et nous examinons le vagin dans tous les sens. Plusieurs cas peuvent se présenter : — ou bien nous trouvons des *escharres tout le long du vagin* et ces escharres peuvent donner de l'odeur aux lochies qui restent en contact plus ou moins prolongé avec elles, ou bien nous trouvons une *fistule qui fait communiquer le vagin avec le rectum ou la vessie* et l'urine ou les matières fécales viennent altérer l'odeur de l'écoulement lochial — ou bien nous constatons l'existence de *poches copulatrices* au niveau desquelles les lochies stagnent et prennent de l'odeur au contact des lésions de vaginite chronique, — ou bien enfin nous trouvons dans le champ du spéculum un *lambeau sphacélé de membrane qui fait saillie hors du col* et ce lambeau sphacélé peut altérer l'odeur des lochies. Mais l'examen des organes génitaux externes par l'inspection, l'examen du vagin par le spéculum ont donné des résultats négatifs. Examinons alors le col : très souvent, nous l'avons trouvé atteint de *métrite érosive*, et les lochies prises au niveau du col avaient de l'odeur ; souvent nous l'avons trouvé atteint de petites escharres et les lochies recueillies à leur contact étaient malodorantes ; parfois nous l'avons trouvé déchiqueté, sanieux, et les lochies étaient légèrement fétides. Dans tous ces cas nous avons désinfecté, détergé les parties atteintes, et prudemment nous sommes allés prendre les lochies au niveau de l'orifice interne : là les lochies n'avaient pas d'odeur et l'orifice était imperméable. Le *cancer du col* peut aussi donner aux lochies une odeur nauséabonde de lapin pourri, (Guérin), sans qu'il y ait infec-

tion de la muqueuse utérine. Enfin il est des cas où les lochies sont fétides alors qu'il n'y a, ni sur le périnée, ni sur la vulve, ni dans le vagin, ni sur le col, de lésions pouvant les provoquer. Il s'agit alors de femmes qui ne prennent aucun soin d'antisepsie et chez lesquelles les *saprophytes de la vulve et du vagin doivent devenir des agents de fétidité lochiale.* M. le professeur Rouvier en a observé des exemples en Orient. Il s'agit souvent aussi de *femmes constipées, atteintes de rectocèle* : malgré les soins qui peuvent être pris, des contaminations de voisinage peuvent se faire et le colibacille souvent en cause peut provoquer des lochies très fétides. Telles sont les principales affections et infections qui, en dehors du corps de l'utérus, peuvent entraîner la fétidité des lochies. Jusqu'à présent il ne s'agit donc pas d'infection de la muqueuse utérine, d'infection puerpérale.

Mais après avoir désinfecté et détergé les parties génitales externes, après avoir placé le spéculum à valves mobiles, et nettoyé le vagin et le col, recueillons des lochies au niveau de l'orifice interne. Elles sont fétides : cette fétidité peut tenir, soit à *une rétention du cotylédon*, soit à *une rétention de membranes*, soit à *une rétention de caillots*, soit enfin à une *endométrite puerpérale sans rétention de débris ovulaires.* Dans tous ces cas la muqueuse réagit à l'infection, le muscle utérin se paralyse s'arrêtant dans sa régression. l'orifice interne se laisse traverser sans difficulté. C'est le toucher intra-utérin qui permet de faire le diagnostic : le doigt sent un cotylédon tandis qu'il s'écoule du sang

noir et putréfié, le doigt accroche un morceau de membrane qui fait saillie hors de l'orifice externe, le doigt ramène des débris de caillots organisés dont la présence s'était manifestée par quelques violentes tranchées, le doigt sent enfin une caduque hypertrophiée. Mais le degré de fétidité n'est pas en rapport direct avec le degré d'infection, avec son intensité. Sans doute il est des cas où des lochies extrêmement fétides s'accompagnent d'un état général très grave, réalisant le type de l'endométrite putride qui entraîne souvent la mort. Il est des cas où la muqueuse utérine atteinte de sphacèle étendu, de gangrène, donne aux lochies une odeur cadavéreuse. Il est enfin des cas où l'odeur des lochies est nettement fécaloïde, ce qui démontre la nature colibacillaire de l'infection. Il s'agit alors de femmes très constipées chez lesquelles les colibacilles, après avoir pullulé dans l'intestin passent dans l'utérus et s'éliminent ainsi que leurs toxines par l'écoulement lochial. Cette infection colibacillaire est grave. La fétidité lochiale peut être signe d'une de ces infections puerpérales anaérobiques, bien connues à l'heure actuelle, dont le pronostic serait favorable d'après les uns mais réservé d'après les autres : l'odeur dégagée par l'écoulement rappelle celle des matières organiques en putréfaction. Mais il est des cas où les lochies abondantes dégagent une odeur putride parfois très prononcée, puis au bout de 3 à 6 jours tout rentre dans l'ordre : ces faits relèvent de l'infection très atténuée de l'endomètre par les saprophytes de la vulve et du vagin ; ils s'accompagnent d'un bon état général sans élévation de température, ni fréquence du pouls.

Telle est dans ses grandes lignes la séméiologie du signe lochies fétides. Comme on le voit cette fétidité diffère suivant qu'on examine les lochies sur la bande vulvaire, ou qu'on les prélève au niveau de l'orifice interne. Dans le premier cas nous sentons des lochies qui ont pu être altérées au cours de leur passage dans la filière cervico-vagino vulvo-périnéale ; dans le second cas nous sentons des lochies qui n'ont pu être altérées que dans la cavité utérine. Dans le premier cas la fétidité des lochies n'est pas toujours synonyme d'infection utérine : elle peut relever des causes les plus diverses depuis l'escharre vulvo-périnéale jusqu'au sphacèle du col. Dans le deuxième cas la fétidité des lochies est presque toujours synonyme d'infection puerpérale, car au moment où un lambeau de membrane ou un débris de cotylédon se sphacèlent et altèrent les lochies ils sont bien près d'altérer la muqueuse et d'avoir provoqué déjà le premier stade de l'infection puerpérale, l'endométrite puerpérale. Aussi bien *nous pouvons dire d'une façon générale : toute femme présentant des lochies fétides n'est pas fatalement atteinte d'infection généralisée, mais certainement prédisposée à une infection prochaine par les foyers locaux qui se trouvent plus ou moins rapprochés de la cavité utérine.*

### SÉMÉIOLOGIE DU SYNDROME : « FIÈVRE AVEC LOCHIES FÉTIDES » DANS LES SUITES DE COUCHES

Si le symptôme fièvre dans les suites de couches pris

isolément n'est pas toujours synonyme d'infection utérine, si le signe lochies fétides peut être provoqué par des causes extra-utérines, on conçoit que l'association de ces deux signes ne traduira pas toujours la présence d'une endométrite puerpérale. Mais alors le diagnostic devient plus difficile, plus épineux, car lorsque le praticien rencontre ces deux signes simultanément, il doit tout d'abord penser à l'infection utérine. Nombreux cependant sont les cas où l'infection de l'endomètre n'est pas en jeu et où il est d'une importance capitale de faire un diagnostic exact. Quels sont ces cas ?

Ce sont d'abord tous les cas d'infection vulvo-vaginale, *d'infection basse localisée aux voies génitales inférieures* : les plaies les escharres s'accompagnent d'un mouvement fébrile, donnent de l'odeur aux lochies ; mais l'endomètre est encore intact, il n'y a pas d'infection utérine.

Ce sont ensuite tous les *cas où il y a une association* 1° *d'une des causes énumérées à l'origine des accidents fébriles des suites de couches* : infection mammaire, constipation, rétention urinaire, grippe, paludisme etc. 2° *d'une des causes énumérées à l'origine de la fétidité des lochies* : plaies vulvo-vaginales, lambeau sphacélé de membrane faisant saillie dans le vagin. Nous avons observé de nombreux exemples de cette association morbide et en faisant un diagnostic précis nous avons pu instituer une thérapeutique efficace. Qu'il nous suffise d'en citer deux observations typiques :

La nommée S... M...entre au pavillon d'isolement le

30 mars 1906 venant de la ville avec le diagnostic d'infection puerpérale. A l'interrogatoire nous apprenons qu'elle a accouché le 14 mars d'un fœtus à termé, que le travail s'est effectué rapidement sans incidents. Trois jours après cet accouchement, elle eut de la fièvre et des lochies légèrement fétides. Le quatrième jour la température est aux environs de 39°, le cinquième jour la fièvre persiste et les lochies continuent d'être fétides : aussi bien conseille-t-on à la malade l'entrée d'urgence à l'hôpital. Nous constatons d'abord que l'utérus remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, mais qu'il a une consistance ferme et résistante. Il s'agit donc tres probablement d'une pseudo-subinvolution. L'examen du col nous montre des lésions ulcératives, mais les lochies recueillies dans la cavité endocervicale n'ont pas d'odeur. Le toucher utérin nous donne un col pseudobéant, mais un orifice interne imperméable. D'autre part la vessie et le rectum semblent fortement distendus, la première formant une forte saillie au niveau de l'hypogastre, le second soulevant et bosselant la paroi vaginale postérieure. La fièvre atteint 38° l'état général est bon.

Nous éliminons le diagnostic d'infection puerpérale et nous expliquons le syndrome fièvre avec lochies fétides, par la *rétention des matières fécales et de l'urine associée à des lésions ulcéreuses du col.* Le cathétérisme de la vessie et l'administration d'un lavement purgatif confirment notre diagnostic : la première opération nous permet de recueillir deux litres d'urine foncée et dense en même temps, que l'utérus descend à

trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Le lavement évacuateur donne issue à une grande quantité de matières noires et fétides, en même temps que l'utérus augmente sa régression. La fièvre tombe rapidement et des topiques sur les ulcérations font disparaître après deux ou trois pansements toute odeur lochiale.

La nommée C... A..., après avoir présenté dans la salle des accouchées un petit mouvement fébrile attribué à l'infection paludéenne et influencé effectivement par l'administration de quinine eut des lochies légèrement fétides. Nous l'examinons à nouveau et ne constatons pas de signes d'endométrite puerpérale : l'utérus est ferme, résistant, en état de régression progressive ; les lochies prises à l'ouverture du col ne sont nullement fétides ; l'orifice interne est imperméable. Mais des ulcérations se voient sur le museau de tanche. Après quelques pansements locaux et l'administration d'une nouvelle dose de quinine, la fièvre qui atteignait 38° tombe rapidement en même temps que les lochies perdent toute odeur. *Il s'agissait de paludisme avec érosions du col.*

Aussi bien le praticien doit-il être averti, et, si la fièvre et la fétidité des lochies doivent faire songer d'abord à l'infection utérine, il ne doit pas oublier que cette association de symptômes, ce syndrome peut ne pas être synonyme d'endométrite puerpérale. Mais si ce syndrome ne traduit pas toujours la présence de l'infection utérine, il faut néanmoins se méfier car la fièvre peut amoindrir la résistance de la femme et l'in-

fection des parties génitales inférieures peut gagner rapidement l'endomètre.

Dans les cas où la fièvre et la fétidité lochiale s'accompagnent des autres signes de l'endométrite puerpérale, le diagnostic de l'infection utérine n'est pas douteux. Mais il n'en faut pas moins examiner systématiquement les organes génitaux inférieurs et tous les appareils de la femme. Nous avons vu en effet l'endométrite puerpérale évoluer chez l'accouchée, en même temps qu'une infection paludéenne, une infection grippale, des escharres du vagin ou du col. Et l'endométrite puerpérale peut être guérie alors qu'il existe encore soit des causes d'accidents fébriles, soit des causes de fétidité lochiale.

*Donc quelque suspect que puisse être le syndrome fièvre avec fétidité lochiale, il ne traduit pas toujours et exclusivement la présence d'une infection de la muqueuse utérine.*

Insister sur la fièvre et la fétidité lochiale dans le post partum ou le post abortum, c'est insister sur les symptômes les plus bruyants des suites de couches pathologiques, sur les symptômes qui servent le plus souvent à faire le diagnostic d'infection puerpérale au début, c'est-à-dire d'infection de l'endomètre. Discuter leur valeur séméiologique, c'est éviter les erreurs de diagnostic qu'on peut commettre, lorsqu'on est hypnotisé par les dangers d'une infection utérine qui n'existe pas : c'est ne pas méconnaître d'une part une affection bénigne, nécessitant un traitement très simple ; c'est, d'autre part, ne pas méconnaître une affection

quelquefois plus dangereuse que l'infection puerpérale elle-même et qui emporte rapidement l'accouchée si elle n'a pas été diagnostiquée d'une façon précoce. Nous ne dirons donc pas toute accouchée qui présente de la fièvre avec ou sans lochies fétides dans les trois ou quatre premiers jours doit être d'abord considérée comme infectée et traitée comme telle ; mais, *toute accouchée qui présente de la fièvre avec lochies fétides dans les trois ou quatre premiers jours est d'abord suspecte d'infection puerpérale et doit être examinée méthodiquement.* Si l'examen de l'utérus est négatif il ne faut pas s'obstiner sur cette piste et perdre un temps précieux, mais il faut chercher ailleurs la cause de la fièvre et de la fétidité lochiale. Ce n'est que dans les cas où cette cause est introuvable qu'on sera autorisé à considérer l'accouchée comme atteinte d'infection puerpérale.

A côté de la fièvre et des lochies fétides, les anciens accoucheurs attachaient une grande importance **au ballonnement du ventre, aux douleurs abdominales.** Mais dans les formes cliniques décrites par ces auteurs il s'agissait, le plus souvent, d'infections puerpérales graves avec *complications péritonéales ou suppurations para-utérines et péri-utérines.* Aujourd'hui la péritonite puerpérale et les inflammations de voisinage accompagnent plus rarement l'infection utérine. Et dans les formes localisées à l'endomètre, c'est généralement de douleur localisée aux bords ou aux cornes, le plus souvent unilatérale, de douleur exquise qu'il s'agit. Aussi bien toutes les fois qu'on

rencontrera les signes de l'infection utérine avec un état général grave et ballonnement douloureux du ventre, il faudra songer à une complication de cette infection utérine péritonite, phlegmon annexiel, phlegmon du ligament large. Plus fréquents sont les cas où il y a ballonnement du ventre, douleurs abdominables sans infection utérine. C'est ainsi que chez les multipares les *tranchées physiologiques* qui surviennent après l'accouchement peuvent être très douloureuses. Mais ces douleurs sont discontinues, nullement exaspérées par la pression, et l'utérus est ferme et résistant. Il peut y avoir douleurs abdominables assez violentes lorsque *l'utérus se contracte pour expulser un caillot, un débris de membrane un cotylédon détaché de la muqueuse et retenu dans la cavité*. Il s'agit alors de douleurs intermittentes que la femme éprouve tandis que l'utérus durcit sous la main qui le palpe. Il peut y avoir ballonnement du ventre et douleurs abdominales lorsqu'il y a *rétention de matières fécales ou rétention d'urine*. La coprostase est certainement une des causes les plus fréquentes du ballonnement du ventre, tandis que la région utérine elle-même n'est nullement sensible. La rétention urinaire a pu faire croire à une péritonite puerpérale. A côté des coliques intestinales, il faut signaler les *coliques hépatiques les coliques néphrétiques et les coliques saturnines*. Dans les coliques hépatiques la douleur est localisée à l'hypochondre droit et s'irradie vers l'épaule. Dans les coliques néphrétiques la douleur est localisée aux lombes et s'irradie vers les uretères. Dans les coliques saturnines, la douleur a son maximum au creux épigastrique. Enfin,

une *salpingite, un kyste de l'ovaire, une typhlite, une appendicite pourront se réveiller*, s'enflammer et se manifester par des douleurs abdominales caractéristiques ; mais dans tous les cas il y a d'autres signes qui permettent de faire le diagnostic.

Nous *dirons donc que dans la plupart des cas le ballonnement et les douleurs de l'abdomen ne sont pas en rapport avec une infection utérine au début et peuvent survenir après un accouchement ou un avortement aseptiques.* Tel fut le cas chez une jeune femme assistée par M. le Dr Rouvier (1). Il y avait eu après un avortement spontané entouré de soins antiseptiques minutieux, il y avait eu des douleurs abdominales qui durèrent quelques jours sans aucun autre symptôme. Le ballonnement et ces douleurs sont généralement en rapport avec une rétention de caillots ou de membranes aseptiques dans la cavité utérine, ou bien avec une rétention des matières dans l'intestin ou dans la vessie. Dans tous ces cas il n'y a généralement pas de fièvre et un état général bon. Mais ces douleurs, ce ballonnement peuvent, dans des cas plus rares, traduire soit des complications de l'infection utérine, soit le réveil d'une inflammation abdominale : mais, dans ces cas, la douleur et le ballonnement s'accompagnent de fièvre.

1. Comm. orale.

## CHAPITRE IV

### Anatomie pathologique de l'endométrite puerpérale

Quelles sont les lésions anatomo-pathologiques produites par les microbes pathogènes sur la muqueuse utérine ? Ces lésions varient suivant qu'il s'agit d'une forme bénigne et localisée ou d'une forme grave et généralisée.

Envisageons d'abord le cas où les lésions sont exclusivement localisées à la muqueuse. — *Macroscopiquement*, on constate que l'utérus est volumineux, que les parois sont molles et friables, que l'orifice interne est béant, que la muqueuse forme une couche pulpeuse irrégulière, rougeâtre, recouverte d'un liquide purulent. *Microscopiquement*, on constate que les cellules de la couche superficielle sont atteintes de dégénérescence vitreuse, de nécrose ; et c'est dans cette zone de nécrose que pullulent les microbes. Au delà se trouve une couche granuleuse, infiltrée de petites cellules embryonnaires tassées les unes contre les au-

tres : ces cellules sont rondes et semblent être des leucocytes. Cette couche d'infiltration cellulaire est épaisse de 0 m. 003 à 0 m. 006 : elle est continue, suit tous les replis de la face interne de l'utérus et forme une barrière contre la pénétration des microbes. C'est la zone de défense que les agents pathogènes ne franchissent pas et n'envahissent pas. L'étude de ces lésions microscopiques est due à Bumm et à Widal. La guérison pour Bumm se produit par l'élimination des tissus atteints de nécrose et la rétrocession de la couche granuleuse ou de réaction : la régénération se fait ensuite aux dépens de ce qui restait du stroma (1).

**Envisageons maintenant les cas plus graves**, où la réaction de défense est toujours moins accusée et où les voies de diffusion (lymphatiques et veines) sont envahies. Voyons d'abord les lésions *macroscopiques*. L'utérus dans son ensemble est volumineux, flasque et mou, s'affaissant sur la table d'autopsie : ses parois sont extrêmement friables. Sur la face externe la séreuse est quelquefois lisse et blanchâtre ; elle est d'autres fois rougeâtre, et dépolie par places. De plus près, on peut voir des petits cordons assez nombreux de lymphangite utérine qui soulèvent cette séreuse (Lucas-Championnière, Siredey). La muqueuse paraît moins altérée que dans les formes localisées ; elle est congestionnée et légèrement hypertrophiée.

Si l'on pratique une coupe au niveau des angles et des bords de l'utérus, on voit le pus sourdre d'orifices

1. In Ribemont-Dessaignes et Lepage.

multiples, qui correspondent aux vaisseaux lymphatiques distendus. Si l'on fait une coupe en pleine paroi on voit sur une surface congestionnée des taches rouge-noirâtres qui correspondent à des sinus thrombosés ou des cavités volumineuses et pleines d'un pus sanguinolent qui correspondent à des phlébites suppurées. *Microscopiquement* on constate l'absence, totale, ou tout au moins sur de nombreux points, de la zone d'infiltration cellulaire ou zone de défense, tandis que la voie muqueuse la voie lymphatique et la voie veineuse sont atteintes isolément ou simultanément par l'infection. L'ostéum utérim est béant et permet aux microbes l'invasion de la muqueuse tubaire, des trompes, de l'ovaire et du péritoine. Les lymphatiques, qui baignent en quelque sorte l'utérus et qui font communiquer largement la muqueuse avec la tunique musculeuse et la tunique séreuse; les lymphatiques sont atteints de lymphangite et forment ces cordons blanc-jaunâtres qui soulèvent la séreuse. Cette lymphangite suppurée s'accompagne d'adénite et peut provoquer l'éclosion d'un phelgmon iliaque, d'un phlegmon du ligament large, d'une pelvi-péritonite ou d'une péritonite généralisée. Dans les trombus des veines pullulent les microbes qui vont déterminer des lésions d'endophlébite et de périphlébite. Enfin la fibre musculaire elle-même peut être atteinte de dégénérescence granulo-graisseuse.

Telles sont rapidement esquissées les lésions caractéristiques de l'endométrite puerpérale avec ou sans réaction de défense. Dans le premier cas le processus ne dépasse pas les couches superficielles de la muqueuse,

arrêté qu'il est par la zone d'infiltration cellulaire. C'est ce que nous rencontrons dans les endométrites traitées dès l'apparition des premiers symptômes ; et l'on conçoit facilement que la thérapeutique puisse être efficace en balayant la zone de nécrose et les microbes qui l'imprègnent. Dans le second cas le microbe arrive à rompre plus ou moins rapidement la zone de défense et gagne : les organes voisins par la voie muqueuse et la voie lymphatique, le torrent sanguin par la voie veineuse. Aussi rencontre-t-on surtout des lésions de la muqueuse tubaire et péritonéale, des lésions de lymphangite et des lésions de phlébite. Un trait commun aux lésions de la muqueuse dans les formes localisées et dans les formes généralisées, c'est l'intensité toujours plus marquée du processus infectieux au niveau de la plaie placentaire.

*Nous signalerons, à côté de ces formes bien typiques et fréquentes, quelques formes* plus rares, décrites par les anciens auteurs. *L'endométrite suppurée d'Hervieux* est caractérisée par la présence d'un liquide purulent, d'odeur fétide, qui baigne la muqueuse.

*L'endométrite pseudo-diphtérique* est caractérisée par la présence de fausses membranes, grisâtres ou noirâtres, infiltrées de pus, épaisses et adhérentes, fourmillant de streptocoques.

*L'endométrite gangréneuse* enfin est caractérisée par la présence de plaques gangréneuses de coloration verdâtre qui baignent dans le pus.

## CHAPITRE V

### PRONOSTIC DE L'ENDOMÉTRITE PUERPÉRALE

**Le pronostic de l'endométrite puerpérale dépend tout d'abord de la précocité du diagnostic et du traitement.** — *Une endométrite soignée dès l'apparition des signes de début comporte généralement un pronostic favorable.* On voit, en effet, l'état local et l'état général s'amender rapidement. Du côté de l'état local, on sent l'orifice interne du col se refermer sur la sonde intra-utérine pendant l'injection. Puis quelques heures après le col redevient béant. Mais à la seconde intervention, la contraction est plus énergique et plus durable. Le troisième jour la fermeture du col peut être définitive et l'injection intra-utérine devient inutile. *Quand apparaît cette contraction passagère et bientôt permanente de l'orifice interne, quand elle se manifeste d'une façon précoce et rapide, la guérison n'est pas loin, le pronostic est favorable.* Ce signe nous paraît avoir une grande valeur : nous avons eu l'occasion de pratiquer de nombreuses interventions et chaque fois que l'orifice interne réagissait rapidement aux lavages antiseptiques ou au net-

toyage de la cavité utérine, nous voyions la guérison survenir non moins rapidement. — L'utérus reprend-il sa tonicité normale, sa consistance ferme et dure, sa forme nettement globuleuse? Le pronostic est favorable. L'involution, après avoir été stationnaire, progresse-t-elle rapidement ? La signification pronostique est encore la même. Toutes ces réactions, en effet, indiquant que le muscle utérin était seulement parésié sous une muqueuse légèrement inflammée et qu'il a suffi d'enrayer le processus infectieux pour redonner à ce muscle ses propriétés physiologiques Les lochies perdent-elles leur fétidité dès les premières injections ? Le pronostic est bon, surtout si cette désodorisation rapide s'accompagne des signes utérins, sur lesquels nous venons d'insister. Du côté de l'état général les symptômes s'amendent parallèlement. Lorsque la température s'abaisse progressivement et atteint la normale au bout de trois à cinq jours ; lorsqu'elle tombe brusquement dès la première intervention pour remonter légèrement le second et le troisième jours et redescendre définitivement, — le pronostic est bon. La température peut avoir rapidement atteint un degré très élevé : l'essentiel, au point de vue du pronostic, est que cette élévation ne persiste pas. La diminution progressive de la fréquence du pouls annonce aussi une guérison prochaine. En même temps le visage s'anime et reprend sa coloration normale, la céphalée et tous les phénomènes généraux accessoires disparaissent. Quand existent à la fois tous ces signes cliniques, le pronostic de la guérison repose sur des bases indiscutables. Mais il faut insister sur ce point

que les signes locaux sont plus importants peut-être et à coup sûr plus caractéristiques que les signes généraux, comme éléments de pronostic dans l'endométrite diagnostiquée et traitée d'une façon précoce. Les phénomènes généraux, et plus particulièrement la courbe thermique, n'ont de signification pronostique qu'autant qu'ils sont sous la dépendance directe de l'infection utérine : ils peuvent, en effet, accompagner une infection extra-utérine qui survient au cours d'une endométrite en voie de guérison. Il n'en faudrait pas conclure à un retour ou à une persistance de l'infection utérine et porter un pronostic défavorable. Nous avons, à l'appui de cette manière de voir, observé un cas bien intéressant.

Une jeune femme, âgée de 27 ans, fait, cinq jours après l'accouchement (15 janvier 1906), un début d'endométrite puerpérale. Après quelques injections intra-utérines, précédées d'un curage et d'un écouvillonnage, le col se ferme, l'écoulement lochial perd sa fétidité, la courbe thermique descend à la température normale. Mais le soir même du jour où la fièvre est tombée, la malade est prise d'un grand frisson, de céphalée, de douleurs dans les membres avec sensation de brisure. Le thermomètre marque 39°, le pouls est fréquent. Nous faisons un examen minutieux de l'utérus et nous le trouvons bien revenu sur lui-même, ferme et résistant. Le col est imperméable, les lochies n'ont pas d'odeur. Rien du côté des organes abdominaux, rien du côté des organes thoraciques. Comme signes positifs, à part les phénomènes d'abattement et de brisure des membres,

une langue saburrale, de coloration jaunâtre, soufrée; des globes oculaires douloureux à la pression. Nous faisons le diagnostic de grippe et nous nous abstenons de doute intervention intra-utérine. La suite nous donna raison. Cet état général, cette courbe thermique qui prit bientôt une allure irrégulière n'indiquaient pas une aggravation ou un retour de l'infection utérine, mais seulement une grippe bénigne qui céda rapidement aux préparations de quinine et de kola. Nous basant sur les signes locaux nous avions formulé un pronostic favorable, quant à l'endométrite. Et ce pronostic n'était guère compromis par cette élévation brusque de température, indépendante de l'endométrite.

D'une façon générale nous pouvons dire cependant que *les éléments de pronostic dans l'endométrite au début se tirent d'une part de l'examen des phénomènes locaux et plus particulièrement de l'état de contraction du col, d'autre part de l'examen des phénomènes généraux et plus particulièrement de la température et du pouls.*

*Lorsque l'endométrite puerpérale est diagnostiquée et traitée tardivement, le pronostic est différent suivant qu'il s'agit d'une forme clinique atténuée ou d'une forme clinique aiguë*

**II s'agit d'une forme clinique atténuée, subaiguë, latente**. Ici les phénomènes généraux sont à peine marqués; une légère élévation de température, un peu de céphalée, quelques vagues malaises. Ne vous y fiez pas pour porter un pronostic. Mais examinez l'utérus : vous

le trouvez gros, empâté et l'orifice interne est béant. Ce retard dans l'involution, ce défaut de consistance, cette béance du col, tous ces signes constatés dix ou douze jours après l'accouchement ne laissent pas de doute sur la réalité d'une infection de la muqueuse. C'est sur eux que va reposer votre pronostic. Le doigt peut ramener de la cavité utérine des débris odorants ; les lochies peuvent être abondantes, grisâtres ou noirâtres, légèrement fétides. *Lorsqu'il y a discordance entre les signes généraux et les signes locaux, les premiers étant atténués et les seconds existant nettement, réservez votre pronostic.* La mort subite peut en effet survenir huit à dix jours après l'accouchement. Une phlegmatia alba dolens peut évoluer un peu plus tardivement. Fréquemment enfin, des accidents peuvent se montrer à une époque beaucoup plus éloignée, affections gynécologiques (endométrite chronique, salpingites, rétroversions, etc.), qui sont graves par elles-mêmes et qui en outre peuvent compromettre définitivement l'avenie génital de la femme (stérilité, avortements successifs, placenta prœvia, etc.) ; affections médicales qui peuvent altérer profondément la santé générale.

Ces accidents à longue échéance sont d'autant plus fréquents et d'autant plus graves que le col vient à se fermer, transformant en cavité close la cavité utérine. Nous pouvons donc dire que, *dans l'endométrite atténuée, subaiguë ou latente, non traitée, le pronostic doit être réservé et que les éléments de ce pronostic se tirent moins des phénomènes généraux que des phénomènes locaux.*

**Il s'agit maintenant d'une endométrite aiguë**, s'accompagnant d'une intoxication généralisée de l'organisme et réalisant ainsi le tableau de l'infection puerpérale proprement dite. Sur quels éléments asseoir le pronostic? *Ici, c'est avant tout l'étude des phénomènes généraux qui donne la clef de la prognose.* Lorsque la température se maintient plusieurs jours aux environs de 40°, avec des oscillations de 1° entre le matin et le soir, lorsqu'elle reste aux environs de 40° avec des oscillations de 2° à 3° et qu'elle s'accompagne de frissons répétés, lorsqu'elle procède par poussées successives laissant entre elles des rémissions passagères, — méfiez-vous et portez un pronostic grave, surtout si le traitement n'améliore pas la malade. Lorsque le pouls devient fréquent, atteignant 120, 140, 160 battements ; lorsqu'il reste fréquent alors même que la température baisse sensiblement sous l'effet de l'intervention, méfiez-vous et portez un pronostie grave. Lorsque le facies s'altère rapidement, et prend une coloration plombée et grisâtre, lorsque les traits se tirent et que les yeux s'excavent, lorsque la dyspnée survient sans lésions pulmonaires, — méfiez-vous et portez un pronostic sombre.

Si l'atteinte du système nerveux se manifeste par l'adynamie ou l'ataxo-adynamie, par le délire, par l'incontinence des matières, pensez que la situation est presque désespérée (Budin). La rareté des urines, l'albuminurie, la sécheresse de la peau, la sécheresse de la langue traduisent l'insuffisance des émonctoires et la rétention des déchets toxiques. L'étude des phéno-

mènes locaux a aussi quelque importance. Tantôt la mollesse de l'utérus, le défaut de régression, la douleur localisée aux cornes ou aux bords latéraux, la béance du col, l'odeur des lochies, restent stationnaires ; et cette persistance des phénomènes locaux accompagnée d'une progression rapide des phénomènes généraux est caractéristique des formes graves. Tantôt la fétidité lochiale disparaît rapidement mais l'utérus reste volumineux et mou; et cette rétrocession apparente de l'état local ne saurait améliorer le pronostic si l'organisme présente les signes généraux d'une intoxication profonde. Tantôt les lochies deviennent extrêmement fétides, irritantes pour le vagin et la vulve ; et lorsque cette progression des signes locaux s'accompagne d'une progression rapide des phénomènes généraux avec hyperthermie ou algidité, le pronostic est fatal.

Si l'endométrite aiguë est grave par l'intoxication généralisée qu'elle peut entraîner, elle est grave aussi par les complications qu'elle peut provoquer. Les agents pathogènes, en effet, peuvent rompre la barrière muqueuse et gagner la voie lymphatique ou la voie veineuse. Dans le premier cas ils peuvent causer une péritonite généralisée ou localisée, une salpingo-ovarite, un phlegmon du ligament large; dans le second cas ils peuvent causer une septicémie, une pyohémie avec localisation dans les différents organes de l'économie. *Le pronostic dans l'endométrite aiguë dépend donc non seulement de l'intoxication de l'organisme par la lésion locale, mais encore de la propagation de l'infection aux organes*

*voisins ou au torrent sanguin.* Mais il faut bien dire qu'aujourd'hui les cas les plus nombreux sont ceux où l'intoxication n'est pas profonde et où le processus infectieux ne dépasse pas la barrière muqueuse. Si, après un traitement énergiquement institué, la température descend près de la normale et que cet abaissement persiste vingt-quatre à quarante-huit heures, si la fréquence du pouls diminue parallèlement et que ce ralentissement persiste, le pronostic immédiat est favorable. Si après un traitement énergiquement institué, les lochies perdent leur odeur fétide, si l'utérus reprend sa tonicité et diminue de volume, le pronostic immédiat est favorable. Plus tard la malade pourra présenter des affections gynécologiques avec toutes leurs conséquences ; mais elle sera sauvée du danger imminent qui la menaçait. Nous pouvons donc dire que *dans l'endométrite aiguë diagnostiquée tardivement le pronostic « quoad vitam » peut se poser et que les éléments de ce pronostic se tirent moins des phénomènes locaux que des phénomènes généraux.*

Mais il est des cas où, en dépit d'un diagnostic précoce et d'un traitement approprié, les signes locaux persistent et les signes généraux, loin de rétrocéder, augmentent d'intensité. C'est qu'en effet le *pronostic dépend non seulement de la précocité du diagnostic et du traitement, mais encore :*

1° **De l'époque d'apparition de l'endométrite.** — Plus la date de début se rapproche de l'accouchement, plus la forme clinique est grave. Les formes d'intensité moyenne n'apparaissent jamais avant le troisième, le

quatrième ou le cinquième jour. Les formes atténuées peuvent ne survenir que vers le septième ou le huitième jour. Les formes suraiguës éclatent avant le troisième jour et se généralisent rapidement.

2° **De l'espèce microbienne et de sa virulence.** — Certains microbes peuvent provoquer des formes cliniques très graves. C'est ainsi que le streptocoque, à l'état pur, peut entraîner une septicémie rapidement mortelle ; c'est ansi que le staphylocoque, à l'état pur, peut causer une infection prolongée et interminable ; c'est ainsi que le colibacille peut s'accompagner d'un état général grave. Les anaérobies comportent parfois un pronostic réservé. Le gonocoque, sans être très dangereux immédiatement, prédispose surtout aux localisations annexielles. Il faut donc, pour établir le pronostic, faire le diagnostic du microbe. L'examen bactériologique de l'écoulement lochial est alors précieux, car il permet de déceler l'espèce microbienne. Mais cet examen n'est pas à la portée de tous les praticiens : aussi bien, pourra-t-on se contenter des signes cliniques, caractéristiques du microbe considéré.

L'infection streptococcique ne donne généralement pas d'odeur à l'écoulement lochial, détermine la formation de couennes blanchâtres, épaisses, qui se reproduisent facilement, et s'accompagne d'une température très élevée. L'infection gonococcique se traduit par un écoulement jaune-verdâtre, abondant, qui provoque de l'érythème au niveau de la vulve et de la face interne des cuisses. L'infection colibacillaire provoque un écoulement lochial très fétide, une diarrhée noire et fétide,

du ballonnement du ventre, de l'hypothermie. Les infections anaérobies produisent des lochies odorantes, abondantes et brunâtres, et s'accompagnent d'un état général souvent bon. Mais les infections puerpérales sont rarement monomicrobiennes ; elles sont, le plus souvent, polymicrobiennes (1). L'examen bactériologique présente alors moins de valeur au point de vue du pronostic ; et c'est l'intensité des phénomènes généraux et des phénomènes locaux qui donne la mesure de la virulence du microbe.

3° **De l'état de résistance du terrain.** — Un organisme vigoureux se débarrasse plus facilement d'une infection qu'un organisme débile. On sait que les accidents infectieux sont particulièrement graves chez les albuminuriques, chez les éclamptiques. Les tuberculeuses, les cardiaques, les cachectiques, en un mot, toutes celles qui présentent une tare organique ou diathésique sont plus gravement atteintes par l'infection. Un travail prolongé, une intervention longue et pénible, des hémorragies abondantes et répétées agissent dans le même sens : ce sont autant de causes qui vont diminuer momentanément la résistance du terrain et permettre au microbe d'accroître sa virulence.

4° **De certaines conditions locales.** — C'est ainsi que la rupture prématurée des membranes, la mort du fœtus, les complications du travail avec les délivrances artificielles et les tamponnements qu'elles peuvent nécessiter, les rétentions placentaires ou membraneu-

1. C. Jeannin. In *Presse médicale*, 14 mars 1906.

ses prédisposent aux infections graves. De toutes ces causes favorisantes, l'ouverture prématurée de l'œuf est peut-être celle qui entraîne les formes cliniques les plus sévères, les formes suraiguës.

5° **De l'état du vagin.** — Quand le vagin et les culs-de-sac présentent des escharres étendues, des fausses membranes épaisses et adhérentes, l'endomètre peut se réinoculer facilement. Et ces infections successives, qu'on évite parfois difficilement, peuvent compromettre l'évolution de l'endométrite.

En résumé nous pouvons dire que le pronostic de l'endométrite puerpérale diagnostiquée et traitée d'une façon précoce est généralement favorable, que le pronostic de l'endométrite puerpérale diagnostiquée et traitée tardivement diffère suivant la forme clinique. Dans les formes atténuées ou latentes, c'est le pronostic éloigné qui est en jeu, c'est l'avenir génital de la femme qui peut être compromis ; dans les formes aiguës, c'est le pronostic immédiat qui est en jeu, c'est la vie qui peut être en danger. Sans doute le pronostic dépend encore de la date d'apparition de l'infection, de la virulence du microbe, de la résistance du terrain, de l'état du vagin ; mais dans la grande majorité des cas il dépend essentiellement de la précocité du diagnostic et du traitement.

## CHAPITRE VI

### CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES

Quelles sont les conséquences thérapeutiques qui découlent de ces recherches cliniques sur l'endométrite puerpérale ? Nous n'avons pas l'intention de faire une étude complète du traitement de l'endométrite, traitement qui est connu dans ses grandes lignes. Ce que nous voulons seulement, c'est préciser les limites du traitement.

*Il faut d'abord intervenir le plus rapidement possible.* Dès qu'on constate les signes cliniques de l'endométrite il faut immédiatement pratiquer une injection intra-utérine. La vulve étant rasée et savonnée, le vagin irrigué avec une solution antiseptique, vous introduisez au travers du col béant une sonde intra-utérine de Budin, que vous guiderez sur deux doigts ; pour pénétrer dans le corps utérin abaissez le pavillon de votre sonde jusqu'au plan du lit pendant que l'autre main quittant le vagin redresse par l'abdomen la matrice

pour vous permettre d'y pénétrer jusqu'au fond. Vous ferez passer d'abord 2 litres d'eau bouillie chaude cette première irrigation mécanique détergera la cavité; puis vous vous servirez de la solution iodo-iodurée de Tarnier; enfin vous neutraliserez l'effet caustique de cette injection iodée par 1 litre d'eau bouillie chaude. Vous laverez ensuite le vagin avec la solution au biiodure ou à l'aniodol. Une seule injection intra-utérine peut suffire ; plus souvent deux, trois injections espacées de six à douze heures sont nécessaires pour enrayer définitivement le processus infectieux. Il est des cas où les injections intra-utérines n'amènent aucun amendement : on peut alors avoir recours aux attouchements iodés suivis ou non de l'introduction d'une mèche iodée laissée douze heures dans l'utérus. Quelquefois l'utérus contient des fragments de membranes, des débris de cotylédons, des caillots organisés et adhérents : il faut alors toujours débarrasser l'utérus de tout ce qu'il contient, et la façon la meilleure et la plus sûre d'y parvenir est de pratiquer le curage digital et l'écouvillonnage. Ayez rarement recours à la curette qui peut, avec une incroyable facilité, provoquer des perforations utérines. Quant aux indications de l'hystérectomie et de la laparotomie, elles ne se posent jamais dans les cas que nous envisageons. Aussi bien nous pouvons dire que dans l'immense majorité des cas d'endométrite puerpérale au début, c'est l'injection intra-utérine accompagnée ou non de curage digital avec écouvillonnage suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas rétention membraneuse ou placentaire, — c'est l'injection

intra-utérine qui constitue l'arme efficace du traitement curatif.

S'il faut savoir commencer à temps le traitement intra-utérin, quand faut-il le cesser ? *Il faut cesser toute injection intra-utérine lorsque l'orifice interne se ferme et ne se laisse franchir par la sonde qu'avec difficulté.* Cette fermeture persistante du col contraste avec la béance du premier jour : elle est généralement précédée la veille ou l'avant-veille par une contraction passagère de l'orifice interne, au moment où le liquide antiseptique a bien détergé la muqueuse infectée. La fermeture du col s'accompagne d'un globe utérin ferme, résistant, en état de régression rapide.

*Si un mouvement fébrile survient au moment où l'utérus présente les signes d'une guérison complète, faut-il forcer l'orifice interne et continuer les injections intra-utérines ?* Non, mais il faut chercher la cause de la fièvre. On la trouve généralement en faisant un examen méthodique de tous les organes de la femme. C'est ainsi que brusquement la température remonta à 39 dans notre observation, alors qu'existaient les signes cliniques de la guérison : abandonnant toute idée d'infection utérine, nous cherchâmes ailleurs la cause de la fièvre et nous diagnostiquâmes une grippe. De la quinine, des antiseptiques intestinaux, des purgatifs, des toniques eurent bien vite raison de cet état infectieux. Si nous avions, malgré tout, donné une injection intra-utérine, nous aurions provoqué un traumatisme à coup sûr inutile, peut-être même nuisible,

*Si la fétidité lochiale persiste alors que l'utérus pré-*

*sente les signes d'une guérison complète, quelle sera la conduite à tenir ?* Il faudra recueillir des lochies au niveau de l'orifice interne et l'on pourra constater que ces lochies n'ont pas d'odeur. Il s'agira très probablement d'eschares vaginales ou de toute autre cause qui pourra altérer l'odeur de l'écoulement. C'est à cette cause exclusivement qu'il faudra s'adresser, et l'on ne tardera pas à avoir des lochies inodores. Il faut soigner d'autant plus énergiquement ces lésions vulvo-vaginales qu'elles peuvent être une cause de réinoculation continue de l'utérus. *Aussi bien faut-il toujours aseptiser le vagin si on veut assurer l'asepsie de l'utérus, dans le traitement de l'endométrite.*

Nous avons vu qu'au point de vue clinique la formule « toute femme qui présente de la fièvre avec ou sans lochies fétides les trois ou quatre premiers jours doit être considérée d'abord comme infectée et traitée comme telle » n'était pas rigoureusement exacte. Au point de vue thérapeutique, son application intégrale peut faire perdre un temps précieux pendant lequel peut évoluer et s'aggraver une affection extra-utérine méconnue. Donnez immédiatement de la quinine (1) aux paludéennes, des bains froids aux typhiques ; opérez immédiatement une appendicite suppurée, un kyste de l'ovaire enflammé ; et ces traitements précoces sau-

1. Il ne faut pas craindre de donner des doses élevées de quinine (1 gr. 50 pendant 2 jours, 1 gramme le 3e ; repos de 3 à 5 jours) si on veut juguler de grands accès. (J. Rouvier.)

veront vos malades. *Il faut intervenir du côté de l'utérus à bon escient et ne pas s'attarder à une thérapeutique inutile qui masque le danger.*

*Il peut être en outre dangereux de pratiquer une injection intra-utérine chez une accouchée qui a de la fièvre et qui n'a pas d'endométrite puerpérale.* La fièvre traduit en effet une infection telle que la grippe, la dothiénentérie, etc. ; et l'injection par le traumatisme qu'elle provoque dans la zone utérine peut entraîner une localisation de l'infection. L'injection peut encore, quand elle n'est pas entourée de précautions antiseptiques parfaites, provoquer une infection puerpérale qui n'existait pas.

*Il peut enfin être dangereux de pratiquer une injection intra-utérine chez une accouchée qui a des lochies fétides et qui n'a pas d'endométrite puerpérale.* La fétidité lochiale peut en effet tenir à des causes multiples dont la plus fréquente est la présence d'escharres vulvo-vaginales. Ces escharres peuvent être récouvertes de fausses membranes et occuper parfois toute la longueur du canal vaginal. Mais l'utérus n'est pas douloureux ; il est bien revenu sur lui-même ; le col n'est pas anormalement béant ; vous avez vu l'arrière-faix et vous savez qu'il ne peut rester ni lambeau de membranes, ni débris placentaires. C'est donc les voies génitales inférieures qu'il faut seulement attaquer en se gardant soigneusement de toute intervention utérine. Celle-ci ne serait pas seulement inutile, elle serait nuisible en portant du côté de l'endomètre des germes qui n'existaient qu'au niveau du vagin. Faites alors

des injections vaginales fréquentes d'eau oxygénée, d'aniodol, de permanganate, laissez dans l'intervalle des injections un ovule de glycérine iodoformée, touchez les escharres avec de la teinture d'iode ou de la glycérine créosotée; détergez les plaies de leurs fausses membranes avec un peu d'ouate imbibée d'eau oxygénée pure. Si des ulcérations siègent sur le col, faites des pulvérisations à l'iodoforme, à l'aristol, ou, mieux encore, employez les pansements au tannate de fer, préconisés par le professeur Rouvier (1). Le tannate de fer jouit en effet de remarquables propriétés antiseptiques et cicatrisantes.

Ainsi nous avons vu qu'il pouvait être dangereux de s'attarder à un traitement intra-utérin inutile, nous avons vu qu'il pouvait être dangereux de faire une injection intra-utérine quand une accouchée présentait de la fièvre avec ou sans lochies fétides. Inversement, il *peut être dangereux de ne pas pratiquer d'injection intra utérine alors même que l'accouchée n'a pas de fièvre, alors même que les lochies présentent seulement un léger degré de fétidité.* L'endométrite, en effet, peut, comme nous l'avons vu, passer inaperçue dans les suites de couches. Mais elle peut révéler sa présence par la mort subite à la fin de la période puerpérale, par l'apparition d'une phlébite, par

1. Avec la tige porte-coton imbibée de perchlorure de fer on touche les lésions ulcéreuses. Puis on les recouvre d'une petite couche de glycéré tannique, épais, sirupeux, préparé extemporairement. Il se forme du tannate de fer, tandis que se dégage du chlore à l'état naissant.

l'évolution tardive d'affections gynécologiques multiples, par l'évolution lointaine d'accidents d'ordre médical. Si on ne la cherche pas, si on ne la dépiste pas et si on ne la traite pas, on laisse évoluer une infection latente qui peut entraîner les pires conséquences.

Nous connaissons donc les limites du traitement intra-utérin dans l'endométrite puerpérale. Nous savons qu'il faut intervenir dès qu'on constate les signes de début et qu'il faut cesser toute intervention dès qu'on constate les signes cliniques de la guérison. Nous savons que parmi ces signes de guérison la température et les lochies n'ont pas une valeur absolue, la fièvre pouvant s'allumer à nouveau, les lochies pouvant s'altérer au niveau du vagin, sans commander une nouvelle intervention intra-utérine. Nous savons même qu'il peut être dangereux de pratiquer une injection intra-utérine chez une accouchée ayant de la fièvre ou des lochies fétides en dehors de toute infection utérine. Enfin nous avons insisté sur la nécessité de traiter les endométrites latentes qui doivent être cherchées systématiquement.

Ainsi compris le traitement de l'endométrite puerpérale prend une valeur prophylactique considérable. *Soigner immédiatement l'endomètre dans les suites de couches c'est éviter l'infection puerpérale avec toutes ses conséquences.* Ne pas attendre la fièvre ni les phénomènes généraux, c'est dépister l'infection avant qu'elle ne se généralise, c'est éviter les septicémies et les pyohémies. Le *traitement prophylactique est surtout important lorsqu'il s'adresse à ces formes atténuées* qui s'accompagnent d'accidents éloignés d'ordre obstétrical (avorte-

ments, stérilité), d'ordre gynécologique (métrites, salpingites, déviations), d'ordre médical (arthrites, névrites, etc). Or ces *formes atténuées se rencontrent dans le post partum, mais elles se rencontrent surtout dans le post abortum.* C'est souvent après un avortement criminel, plus ou moins septique, dont les suites avaient semblé normales, qu'éclatent chez la femme les accidents du côté des annexes.

Si l'on ne peut empêcher les pratiques abortives, que les sages-femmes appellent l'attention du médecin lorsqu'elles constateront par le palper un utérus volumineux, empaté, ne terminant pas son involution, lorsqu'elles constateront par l'examen au spéculum des pertes légèrement fétides, un col ouvert et gros, lorsque les malades éprouveront de vagues malaises accompagnés d'un état subfébrile. Le médecin, en faisant un diagnostic précoce et en instituant une thérapeutique appropriée, évitera ces altérations chroniques de la muqueuse utérine, ces troubles annexiels et même ces troubles médicaux que nous avons signalés. Ce n'est pas au moment où les lésions de voisinage, où les lésions de propagation sont définitivement constituées qu'il faut enrayer le mal. Il est alors quelquefois trop tard ; et l'on doit avoir recours aux interventions difficiles qui ne sont nullement à la portée de tous les praticiens. C'est *dans les jours qui suivent l'accouchement c'est dans les jours qui suivent l'avortement, qu'il faut atteindre l'agent infectieux alors qu'il est facilement accessible aux interventions simples et faciles ;* c'est à ce moment qu'il faut faire l'effort thérapeutique, s'il

est vrai qu'il vaut mieux prévenir que guérir, et *de cet effort thérapeutique, dont l'importance est capitale, découlera la prophylaxie des accidents immédiats et éloignés de l'endométrite puerpérale au triple point de vue obstétrical, gynécologique et médical.*

## CONCLUSIONS

I. — L'endométrite puerpérale est une des manifestations les plus fréquentes de l'infection puerpérale. Et ce degré de fréquence est encore plus élevé qu'on ne croit : souvent, en effet, elle est latente et peut passer inaperçue.

L'importance de l'endométrite puerpérale est considérable non seulement en clinique obstétricale, mais encore en clinique gynécologique et même en clinique médicale.

II. — Il importe de faire le diagnostic précoce de l'endométrite puerpérale, si l'on veut éviter : les accidents immédiats de l'infection puerpérale, les affections gynécologiques à longue échéance, les troubles éloignés d'ordre médical. Ce diagnostic précoce est basé sur les signes locaux et sur les signes généraux. Les premiers, seuls, ont une valeur pathognomo-

nique et sont tirés du palper (sensibilité anormale, défaut de consistance et retard d'involution de l'utérus), de l'examen au spéculum (fétidité des lochies recueillies au niveau du col, béance du col) et du toucher combiné ou non au palper (perméabilité de l'orifice interne, exploration utérine). Les seconds sont tirés des modification de la température et du pouls, de l'inspection du facies, des troubles du système nerveux.

III. — La marche de l'endométrite puerpérale varie avec le traitement : diagnostiquée et traitée d'une façon précoce, l'affection évolue vers la guérison ; diagnostiquée tardivement, elle peut provoquer des accidents immédiats ; subaiguë, latente et non traitée, elle peut provoquer des accidents éloignés.

IV. — Il importe de ne pas confondre avec l'endométrite puerpérale les autres accidents infectieux des suites de couches. Toute accouchée qui présente de la fièvre avec ou sans frissons, avec ou sans lochies fétides dans les trois ou quatre premiers jours n'est pas sûrement atteinte d'infection puerpérale. Nombreuses, en effet, sont les causes du symptôme « fièvre » dans les suites de couches ; nombreuses sont les causes du signe « lochies fétides » dans les suites de couches, nombreuses sont les causes du syndrome « fièvre avec lochies fétides » dans les suites de couches.

V. — Les lésions anatomo-pathologiques de l'endométrite sont localisées à la muqueuse : elles sont

caractérisées par une zone de nécrose et une zone de défense cellulaire. Quand la zone de défense est franchie par les agents pathogènes, on constate simultanément ou isolément de l'inflammation des muqueuses voisines, de la lymphangite et de la phlébite utérine. Le stade « endométrite » est alors franchi.

VI. — Le pronostic de l'endométrite puerpérale dépend surtout de la précocité du diagnostic et du traitement. Il dépend aussi de la date d'apparition de l'infection, de l'espèce microbienne et de sa virulence, de la résistance du terrain, de certaines conditions locales et de l'état du vagin.

VII. — Il faut instituer le traitement précoce de l'endométrite puerpérale. Il faut cesser ce traitement dès qu'on constate la disparition des signes locaux de l'endométrite. Toute femme qui, dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'accouchement, présente de la fièvre avec ou sans lochies fétides, ne doit pas, dans tous les cas, subir une intervention intra-utérine. Il est des cas où l'accouchée présente de la fièvre, en dehors de toute infection puerpérale : l'injection intra-utérine est alors inutile et peut être dangereuse. Il est des cas où la femme présente de la fétidité lochiale, en dehors de toute infection utérine : l'injection intra-utérine peut être alors dangereuse.

Au point de vue de la prophylaxie des accidents immédiats et surtout des accidents éloignés, il peut être

dangereux de ne pas donner une injection intra-utérine dans ces endométrites atténuées, souvent même latentes, qu'il faut dépister, non seulement dans le post partum, mais plus encore dans le post abortum.

---

Vu : le Président de la thèse,
BUDIN

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

# BIBLIOGRAPHIE


Annales de gynécologie. — Année 1888 (t. XXIX); année 1891, année 1892.

Archives de tocologie. — Année 1885 (p. 557); année 1889 (p. 16).

Aran. — Traité des maladies de l'utérus et des annexes, 1858.

Auvard. — Traité pratique d'accouchements, 1898.

Barnes. — Traité des maladies de la femme, 1876, p. 735.

Basset. — Les septicémies puerpérales atténuées, *Th.*, Paris, 1893.

Bernutz. — Les phlegmons du ligament large, in *Archives de Tocologie*. Année 1874 (p. 120, 208, 272, 471, 592).

Brindeau. — Les infections puerpérales in Traité d'accouchements de Tarnier et Budin, t. IV (p. 620, 632), 1901.

Budin. — Discussion à la Société obstétricale de France, 1892.

— Leçon clinique à la Charité (juin 1893).

— Cliniques inédites, cité par Brindeau *in* Tarnier *et* Budin.

— Du traitement de l'infection puerpérale. *Académie de médecine*, 9 juillet 1901.

— Les accidents fébriles, suites de couches, in *Journal des Praticiens*, 2 juillet 1904.

— Le réveil et l'aggravation des maladies infectieuses après l'accouchement in *Journal des Praticiens*, 20 janvier 1906.

Budin et Demelin. — Manuel pratique d'accouchements et d'allaitement, 1904 (p. 751).

Bumm. — Recherches histologiques sur l'endométrite puerpérale in *Annales de gynécologie* (juin 1892).

Charpentier. — Des accidents fébriles qui surviennent chez les nouvelles accouchées, *Th.*, Paris, 1863.

— Traité d'accouchements, 1890, t. II, 2e édit.

Chesnau. — De l'état du col dans l'infection puerpérale, *Th.* Paris, 1905.

Clenet. — Contribution à l'étude des salpingites dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité. *Th.* Paris, 1906.

Churchill. — Traité pratique des maladies de la femme, 1866.

Constantin Daniel. — La valeur diagnostique du pouls et de la température dans les suites de couches pathologiques, in *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie* (janvier 1903, février 1903).

Courty. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes 1866.

Danyau. — Métrite gangréneuse *Th.* Paris, 1828.

Demelin. — Obstétrique d'urgence 1900 (p. 160).

Doleris. — L'endométrite et son traitement, 1886.

— Essai sur la pathogénie des accidents infectieux des suites de couches. *Th.* Paris. 1880.

— Métrites et fausses métrites, 1902.

Dolléris et Pichevin. — La pratique gynécologique, 1896. t. I. Introduction.

Dubrisay et Jeannin. — Précis d'Accouchements, 1903.

Dumont. — Des déviations utérines consécutives à l'infection puerpérale, *Th.* Paris, 1902.

Frenkel. — De la forme tardive des phlegmatia alba dolens. *Th.* Paris, 1903.

Gheorghiu. — Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale *Th.* Paris, 1900.

Hervieux. — Les maladies puerpérales. Étude clinique, 1870 (p. 504).

Jeannin. — Traitement de l'infection puerpérale in *Journal d'obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie pratiques*, 20 sept. 1905.

Jeannin. — Étiologie et pathogénie des infections puerpérales putrides, *Th.* Paris, 1902.

— De la séméiologie des lochies in *Presse médicale*, 14 mars 1906.

Kronig et Menge. — Baktériologie des weiblichen Genitalkanals Leipzig 1897.

Kronig. — Etiologie et nature des injections puerpérales. Rapport à la section d'obstétrique in *Congrès de Paris*, 1900.

Labadie-Lagrave et Gouget. — La fièvre puerpérale d'autrefois et la fièvre puerpérale d'aujourd'hui, in *Annales de Gynécologie*, 1891.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité Médico chirurgical, de gynécologie, 1898 (p. 557 et suivantes).

Lallemand. — Des escharres vulvaires après l'accouchement, *Th.* Paris, 1893.

Lefebvre. — De l'examen des lochies au point de vue du pronostic chez les nouvelles accouchées, *Th.* Paris 1883.

Lepage. — Les fièvres suites de couches, in *Journal des Praticiens*, 7 novembre 1903.

Lucas-Championnière. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, décembre 1888 (p. 927).

Lutaud. — Manuel complet de gynécologie médicale et chirurgicale, 1900.

Marteville. — Pyélonéphrite et grossesse. *Th.* Paris, 1905.

Martin. — Traité clinique des maladies de la femme. Trad. franç., Paris 1889.

Martineau. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, 1880 (p. 794, 806).

Massey-Crosse. — De quelques éléments de pronostic dans l'infection puerpérale, *Th.* Paris 1905.

Maymou. — Cas insidieux d'infection d'origine utérine. *Th.* Paris 1906.

Pinard et Wallich. — Traitement de l'infection puerpérale, 1896.

Péraire. — Des endométrites infectieuses. *Th.* Paris, 1889.

Poirier. — Du rôle des lymphatiques dans les inflammations de l'utérus, in *Progrès Médical*, 1889-1890.

Pozzi (S). — Traité de gynécologie cliniqne et opératoire, 3e édit., 1897 (p. 195).

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Précis d'obstétrique, 1898, (p. 1303).

Rouvier. — Clinique inédite, 1906.

Schœffer et Potocki. — Atlas-Manuel d'obstétrique, 1901 (p. 427).

Schroder. — Maladies des organes génitaux de la femme, 1886.

Siredey. — Les maladies puerpérales, étude clinique, 1884 (p. 155, 219, 251).

Tarnier et Budin. — Traité d'accouchements, T. IV, 1901.

Varnier. — Obstétrique journalière, 1900, (p. 351, 355, 358, 381, 386).

Widal.— Étude sur l'infection puerpérale. Th. Paris 1889.

Wallich.— Infection puerpérale in *Pratique médico-chirurgicale*, 1906 (p. 690, 691).

# TABLE DES MATIÈRES


Pages

**Introduction.** — De la fréquence et de l'importance de l'endométrite puerpérale en clinique. . . . . 9

**Chapitre I.** — Signes cliniques de l'endométrite puerpérale . . . . . 18

Signes tirés du palper. . . . . 20

Signes tirés de l'examen au spéculum. . . . . 23

Signes tirés du toucher . . . . . 28

Symptômes de voisinage. . . . . 29

Signes tirés de l'état général . . . . . 30

**Chapitre II.** — Évolution de l'endométrite puerpérale. . 35

Évolution des formes cliniques traitées dès le début : signes de la guérison. . . . . 36

Évolution des formes cliniques atténuées. . . . . 36

Évolution des formes cliniques aiguës. . . . . 40

**Chapitre III.** — Diagnostic différentiel de l'endométrite puerpérale . . . . . 48

Séméiologie de la fièvre dans les suites de couches. 49

Séméiologie des lochies fétides dans les suites de couches . . . . . 59

Séméiologie du syndrome « fièvres avec lochies fétides » dans les suites de couches. . . . . 63
Séméiologie du ballonnement du ventre, des douleurs abdominales dans les suites de couches. . . . 68

**Chapitre IV.** — Anatomie pathologique de l'endométrite puerpérale . . . . . 71
Lésions localisées à la muqueuse. . . . . 71
Lésions propagées aux voies de diffusion. . . . . 72
Lésions atypiques . . . . . 74

**Chapitre V.** — Pronostic de l'endométrite puerpérale. . 75
La précocité du diagnostic et du traitement. . . . 75
Les formes cliniques. . . . . 79
L'époque d'apparition de l'endométrite. . . . . 82
L'espèce microbienne et sa virulence. . . . . 83
L'état de résistance du terrain. . . . . 84
Les conditions locales. . . . . 84
L'état du vagin. . . . . 85

**Chapitre VI.** — Conséquences thérapeutiques. . . . 86
Indications et limites du traitement intra-utérin . . 86
Valeur prophylactique de ce traitement. . . . . 92
**Conclusions** . . . . . 95
**Bibliographie.** . . . . . 99

Imp. des Facultés, A. MICHALON, 26, Rue Monsieur-le-Prince, Paris.